

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

MAYARA SANAZÁRIO NEVES

**A QUESTÃO DO SUJEITO NA PSICOSE E AS NOVAS
INSTITUCIONALIDADES DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA**

VITÓRIA

2018

MAYARA SANAZÁRIO NEVES

A QUESTÃO DO SUJEITO NA PSICOSE E AS NOVAS INSTITUCIONALIDADES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luís Gonçalves dos Santos.

VITÓRIA

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Naturais da
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

N513q Neves, Mayara Sanazário, 1993-
 A questão do sujeito na psicose e as novas
 institucionalidades da reforma psiquiátrica / Mayara Sanazário
 Neves. – 2018.
 100 f. : il.

 Orientador: Jorge Luís Gonçalves dos Santos.
 Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) –
 Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências
 Humanas e Naturais.

 1. Psicologia. 2. Psicanálise. 3. Saúde mental. 4. Psicoses.
 5. Reforma psiquiátrica. I. Santos, Jorge Luís Gonçalves dos. II.
 Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
 Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

Elaborado por Saulo de Jesus Peres – CRB-6 ES-676/O

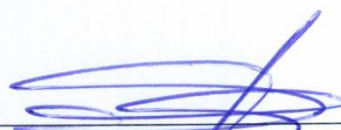
MAYARA SANAZÁRIO NEVES

**A QUESTÃO DO SUJEITO NA PSICOSE E AS NOVAS
INSTITUCIONALIDADES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Institucional.

Aprovada em 17 de abril de 2018.

Comissão Examinadora



Prof. Dr. Jorge Luis Gonçalves dos Santos
Universidade Federal do Espírito Santo



Profa. Dra. Ana Augusta Wanderley Rodrigues de Miranda
Universidade Federal do Espírito Santo



Profa. Dra. Tania Mara Alves Prates
Universidade Federal do Espírito Santo

Em memória de Jorge José Athayde Neves, meu pai, que nos deixou cedo demais, mas me presenteou com a doce herança de um coração sonhador, sensível e inquieto diante das desumanidades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que com sua infinita sabedoria e misericórdia me concedeu alegrias, paz e bons encontros no decorrer desta caminhada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, pelo convite a, não apenas produzir uma dissertação, mas a me reinventar a partir da escrita.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), obrigada pela colaboração indispensável para a realização deste trabalho.

Agradeço ao meu orientador, Jorge, por me acompanhar desde a graduação na construção de uma atuação profissional que valorize a dimensão do sujeito. Agradeço ainda por me auxiliar na produção de uma escrita crítica e criteriosa, afirmando o rigor que o trabalho com a psicanálise carece.

À Ana Augusta, primeiramente muito obrigada por aceitar compor a banca. Gostaria ainda de agradecer sua orientação paciente e carinhosa, que, desde o começo da graduação em psicologia, me permitiu localizar na psicanálise o meu campo de estudo e trabalho. Não posso deixar de citar o Ambulatório de Saúde Mental e a maneira cuidadosa com que você nos auxiliava na condução de questões tão delicadas.

À Tânia gostaria de agradecer imensamente por aceitar compor a banca avaliadora desta dissertação, pela leitura cuidadosa, que culminou em apontamentos tão contundentes e ao mesmo tempo cuidadosos na qualificação.

Agradeço especialmente à minha mãe, Márcia, por fazer dos meus sonhos os sonhos dela e por escolher viver eles comigo, sempre de mãos dadas.

Você me inspira todos os dias. É a sua força que tornou tudo possível!

Ao meu namorado e parceiro de vida, Tiago, por me emprestar sua paciência, por ser a minha força, a minha calma e ser a criatura mais gentil deste mundo, mesmo, e principalmente, diante dos meus limites.

Aos meus irmãos, Jobson e Fabiane, por serem as referências de uma vida toda e por acreditarem na minha capacidade de uma maneira que eu nunca seria capaz.

Aos meus cunhados José Carlos e Karla, que se fazem presentes como irmãos.

Ao meu sobrinho Henrique e à minha afilhada Julia, por me apresentarem um amor integral, puro e sem medidas.

À minha avó, Assumpta, por me mostrar a força feminina, sob um olhar persistente e cuidadoso.

À Michele e Maciel, pela amizade diária e por serem tão preocupados e cuidadosos com minha saúde.

À Aline, por estar sempre presente e por fazer este percurso mais leve, mais doce e repleto de significados.

À Larissa, pela parceria potente que atravessa fronteiras, pelo companheirismo que nos sustentou, pela partilha de ótimos e péssimos momentos e por todos os afetos que a fizeram entrar profundamente no mundo desta dissertação.

À Alessandra, por me ouvir cuidadosamente, por valorizar as minhas questões e me ajudar a garantir um lugar mais confortável no laço social.

Aos demais amigos e familiares, minha imensa gratidão. Cada palavra e cada afeto foram sentidos profundamente. Eu não sou sem vocês!

RESUMO

A partir de uma reflexão sobre a reprodução de práticas manicomiais em instituições voltadas à atenção em saúde mental, esta dissertação interroga os elementos pelos quais as novas institucionalidades da reforma psiquiátrica favorecem ou não a emergência do sujeito, tal como definido pela psicanálise. Para isso, primeiramente aborda o trabalho de Freud com as psicoses e a maneira como ele, principalmente a partir do caso Schreber, lança um novo olhar sobre as manifestações sintomáticas da psicose, compreendendo-as não mais como excessos a serem silenciados, mas como uma dimensão que implica o sujeito e que pode sustentar uma tentativa de restabelecimento. Em seguida, com Foucault, delimita o contexto pelo qual a psiquiatria nasce em nossa civilização enquanto um saber médico próprio ao campo das doenças mentais, e como, a partir dela, os hospitais psiquiátricos se constituem como uma proposta de agenciamento social da loucura. Problematisa a eficácia das instituições psiquiátricas e das novas institucionalidades propostas pela reforma psiquiátrica brasileira, analisando, particularmente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). E, por fim, examina, com Lacan, a Forclusão enquanto a operação através da qual o significante Nome-do-Pai falta na constituição do sujeito e responde pela constituição da psicose. E conclui que o trabalho de cernir a condição singular do psicótico na linguagem e no laço social não apenas visa oferecer as condições de tratamento necessárias para o trabalho do sujeito na psicose, como, em um mesmo golpe, faz obstáculo para que as novas instituições da reforma psiquiátrica não reproduzam as práticas manicomiais que, a princípio, foram feitas para combater.

Palavras-chave: Psicanálise. Saúde mental. Psicose. Sujeito. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

From a reflection about the reproduction of manicomial practices in institutions focused on mental health attention, this dissertation interrogates the elements through which the new institutions of the psychiatric reform favors or not the emergency of the subject, as it is defined by the psychoanalysis. Therefore, at first it's approached the work of Freud with the psychoses and the way that him, especially starting from the Schreber case, send a new look above the symptomatic manifestations of the psychose, understanding them no more as excesses to be silenced, but as a dimension that implies the subject and can support an effort of restoration. Then, with Foucault that delimits the context that the psychiatry borns in our civilization, as a proper medicine knowledge in the mental diseases, and how, starting from them, the hospitals emerge as a proposal of social adjusting of the madness. It problematizes the efficiency of the psychiatric institutions and the new institutionalities suggested by the Brazilian psychiatric reform, analysing, in particular, the Centers of Psychosocial Attention (CAPS). And, by the end, it studies with Lacan the Foreclosure as an operation whereby the significant Name-of-Father is missing in the constitution of the subject and it's responsible for the constitution of psychosis. Until the conclusion that the task of sieving the singular condition of a psychotic person in the language and the social bond don't intend only to offer conditions of treatment that is needed for working with the subject in psychose, but at the same time, it becomes an obstacle to the new institutions of the psychiatric reform to not reproduce the manicomial practices that, at the beginning, they were made to fight against.

Key words: Psychoanalysis. Mental health. Psychosis. Subject. Psychiatric reform.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação do emergente sujeito com o Outro.....	75
Figura 2 - A falta do significante primordial e a formação delirante.....	78
Figura 3 - Relação com o desejo da mãe.....	82
Figura 4 - A intervenção paterna no segundo tempo do Édipo.....	84

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Plano dos capítulos.....	14
2. O NASCIMENTO DA CLÍNICA PSICANALÍTICA DAS PSICOSES.....	18
2.1 Os primeiros momentos da psicose em Freud.....	18
2.2 O caso Schreber.....	26
2.3 O Narcisismo.....	37
2.4 A psicose em Luto e Melancolia.....	39
2.5 Neurose e Psicose.....	44
3. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS NOVAS INSTITUCIONALIDADES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	49
3.1 Um breve histórico da loucura e do surgimento da psiquiatria clássica....	50
3.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	53
3.3 Os Centros de Atenção Psicossocial.....	65
4. A NOÇÃO ESTRUTURAL DAS PSICOSES E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	71
4.1 O Nome-do-Pai e a <i>Verwerfung</i>	72
4.2 Os três tempos do Complexo de Édipo.....	80
4.3 Um retorno ao caso Schreber a partir do ensino lacaniano.....	87
4.4 Um lugar para o sujeito nas novas institucionalidades da reforma psiquiátrica.....	89
5. CONCLUSÃO.....	94
REFERÊNCIAS.....	98

1. INTRODUÇÃO

Considerando o cuidado oferecido nas instituições voltadas à atenção em saúde mental, assim como a direção de tratamento dada pela psicanálise à clínica das psicoses, a presente dissertação surge como efeito de um trabalho realizado em nível de iniciação científica e em estágios no campo da saúde mental. A partir dessas imersões no campo da pesquisa e da prática, delineou-se o interesse em compreender o que tem sido ofertado, em termos de tratamento para a psicose, pelas instituições de saúde mental inscritas sob a égide da reforma psiquiátrica brasileira. Em outras palavras, nossa entrada no campo dos conceitos e da prática em saúde mental, à luz do discurso psicanalítico, fez-nos indagar qual lugar era ofertado aos pacientes nas instituições voltadas ao cuidado em saúde mental, como também quais são as suas consequências.

A partir da obra de Foucault (1972/1985) intitulada “A História da Loucura na Idade Clássica”, é possível afirmar que a psiquiatria emerge no século XIX, com Philippe Pinel, no ato simbólico de desacorrentar os loucos e abrir as grades dos antigos asilos, lançando a ideia de uma doença própria da mente. Desde então, a internação em hospitais/clínicas e, posteriormente, a administração medicamentosa, acabou por ocupar um lugar preponderante no tratamento da loucura. É somente a partir da década de 1960 que surgem movimentos que apontam para a necessidade de reformas na psiquiatria, reivindicando um tratamento humanitário para a loucura e um lugar de cidadania para o louco. Tendo como pioneiros países como Itália – que contou com Basaglia como figura central agitadora e representativa do movimento em tal país – e França, a emergência por mudanças nos tratamentos oferecidos em saúde mental disseminou-se por toda a Europa Ocidental, chegando ao Brasil (CAVALCANTI, 1992; ROTELLI E AMARANTE, 1992).

A psicanálise - principalmente a partir do trabalho realizado por Sigmund Freud com o livro “Memórias de um Doente dos Nervos” (1903) de Daniel Paul Schreber - lançou um novo olhar sobre a loucura e suas manifestações. A leitura de Freud nos permite conceber que as manifestações da psicose não são déficits ou

objetos que carecem de cura, mas o meio pelo qual os sujeitos obtêm uma tentativa de restabelecimento na psicose.

Freud (1911/2010) nos apontou para a importância das manifestações sintomáticas dos psicóticos e de como é possível interpretá-las enquanto tentativas de reestruturação/elaboração do sujeito. Diante dos impasses encontrados na prática em saúde mental, a psicanálise, e, mais especificamente, a maneira como Freud problematiza as psicoses em seus textos, colocam-se como fundamentais para essa pesquisa. É a partir do que Freud propõe que apostamos que a inauguração da clínica psicanalítica das psicoses é um valioso instrumento para indagarmos as práticas estabelecidas no campo da atenção psicossocial.

No esteio do amplo movimento denominado Reforma Psiquiátrica, surge o questionamento acerca da “terapêutica” oferecida pelos hospitais psiquiátricos e a proposta de substituição destes por espaços voltados para a atenção psicossocial. No contexto brasileiro, são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enquanto uma nova forma institucional voltada ao tratamento da loucura, que parecem melhor representar a reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2001). O CAPS é um dispositivo de referência para tratamento das psicoses e neuroses graves, sendo responsável tanto pelo cuidado em saúde mental no território onde se insere (BRASIL, portaria 336/2002), quanto pelo oferecimento de atividades capazes de se constituírem como um importante espaço de circulação da palavra (TENÓRIO, 2001).

Não há garantias, entretanto, que os CAPS não reproduzam a lógica de exclusão dos manicômios (TENÓRIO, 2001). Nesse sentido, foi a experiência com o modelo de tratamento oferecido pelos CAPS que nos levou a questionar o lugar que neles tem sido oferecido aos usuários do serviço de saúde mental. Nessa experiência, não foi incomum encontrar pacientes fortemente medicados e frequentando a instituição a título de “passa tempo”. Ainda que não objetivemos desqualificar a necessidade e a eficácia dos medicamentos, e tampouco sustentar uma concepção de produtividade nos serviços, é perceptível que a lógica manicomial reemerge nos espaços de atenção psicossocial, muitas vezes se tornando a prática prevalente.

Em relação às atividades desenvolvidas nos serviços de atenção psicossocial, Cavalcanti (1992), bem como Tenório (2001), indica a necessidade de que nelas leve-se em consideração a singularidade dos usuários. Na prática, contudo, o que pudemos observar, com uma certa frequência, foi a inclusão dos pacientes em atividades com o intuito único de ocupar-lhe o tempo ocioso, tendo como resultado oficinas com finalidades didáticas, cumprindo o papel tutelar de socializar os pacientes e seus comportamentos, segundo um ideal de conduta. A experiência nos possibilitou também observar que, no manejo com os pacientes, os delírios, alucinações e as demais manifestações sintomáticas próprias da loucura acabam por serem evitadas pelos trabalhadores de saúde mental, havendo sempre um esforço para calar e sanar os pacientes em crise.

Rinaldi (2005) chama a atenção para a tensão existente entre a atuação clínica e a atuação política nos dispositivos de atenção psicossocial, representado principalmente pelos CAPS. Tendo em vista que a atenção psicossocial busca alcançar os cuidados em ambos os âmbitos da vida dos usuários dos serviços, é questionável até que ponto há eficácia no trabalho clínico.

Em um primeiro momento, poderíamos perguntar “qual lugar que tem sido oferecido pelas novas institucionalidades para o sujeito na psicose?” Somos conduzidos a esse questionamento quando nos deparamos com o trabalho de instituições como os CAPS e com o que neles se oferece enquanto “terapêutica para tratar” a loucura, como as oficinas, os grupos, assembléias, atendimentos familiares e individuais. Considerando, no entanto, que tal questão já pressupõe, de saída, que o lugar do sujeito está garantido, tocando de forma superficial na problemática do agenciamento da psicose nas novas institucionalidades da Reforma Psiquiátrica, o problema que se coloca, portanto, é se, de fato, em uma instituição voltada para a inclusão do louco na sociedade, há condições para o trabalho clínico de emergência do sujeito na psicose.

Além da leitura que Freud propõe da psicose em sua obra, é com Lacan que retiramos as consequências da clínica psicanalítica das psicoses para o campo das novas institucionalidades da reforma psiquiátrica. Pois é Lacan (1957-58/1998) que sustenta, em seu ensino, a importância da linguagem na estruturação do sujeito,

delimitando as consequências da inscrição ou da falta da inscrição de um significante específico no campo simbólico. Tal significante está relacionado à figura paterna, mas sem que se limite a presença de um pai físico. Esse significante é o Nome-do-Pai enquanto representante da lei simbólica, sendo sua ausência a marca específica da psicose.

É com Tenório (2001) que questionamos, assim, de que forma os novos dispositivos de atenção à saúde mental podem operar com essa falta – do significante Nome-do-Pai - que é própria da psicose. Em outras palavras, a questão que aqui se coloca é se os espaços voltados à garantia de um lugar de cidadão ao louco, levando em consideração os aspectos políticos e sociais de sua existência, são capazes de considerar, com a importância devida, os aspectos clínicos das psicoses.

Buscando delinear melhor a motivação inicial dessa pesquisa, afirmamos que, diante de uma análise crítica das instituições responsáveis pelo agenciamento social da loucura e dos conceitos que a clínica psicanalítica dispõe para o tratamento das psicoses, o que se propõe como nosso objetivo é examinar a relação entre as instituições psiquiátricas e o advento do sujeito, bem como indagar a função das instituições no tratamento da psicose. De outra maneira, buscamos, a partir desta dissertação, investigar a possibilidade da dimensão do sujeito ser considerada em pacientes de clínicas psiquiátricas e em tratamento nos serviços extra-hospitalares, questionando se existem e quais são os elementos necessários para que uma instituição possa dar lugar ao sujeito na psicose e as possíveis consequências disso.

Para sustentar a colocação do problema apresentado, inicialmente delinearemos o que Freud descreveu acerca do termo psicose no decorrer de sua obra e o modo como identifica a importância do sintoma no trabalho com a psicose. Baseando-se principalmente no caso Schreber, situaremos a dimensão do sujeito no delírio e nas demais manifestações sintomáticas da psicose. Em seguida, nos remeteremos ao trabalho de Michel Foucault, especificamente a sua descrição da história da loucura e sua relação com o surgimento da psiquiatria e, em um terceiro momento, examinaremos a estrutura da Atenção Psicossocial e a forma como a reforma psiquiátrica se constituiu no Brasil. Seguiremos esse percurso questionando o trabalho realizado pelos espaços intitulados “dispositivos da Reforma Psiquiátrica

Brasileira”, a fim de localizar seus pontos sensíveis e buscar, no discurso psicanalítico, uma direção de trabalho com sujeitos psicóticos. Percorreremos, por fim, o trabalho de Jacques Lacan, para delimitar a psicose enquanto a falta de um significante primordial – o significante paterno -, o que nos levará a indagar as possibilidades de as instituições voltadas à atenção psicossocial realizem um trabalho a partir da falta inerente da psicose, mas sem desconsiderar os aspectos políticos da vida dos usuários.

O intuito primordial da nossa pesquisa é, portanto, indagar o campo de problemas que se abre quando nos implicamos no agenciamento social da loucura, ao nos dispormos a lidar com o sofrimento do sujeito na psicose e problematizar a sua inserção no laço social. Indagação que se faz com a aposta de que uma instituição como o CAPS só cumpre sua função caso considere o lugar de sujeito de cada um dos que a ela se dirigem. Na falta desta consideração, é o que pretendemos demonstrar, o trabalho com a psicose estará condenado à reprodução das práticas manicomiais.

Gostaríamos ainda de dizer que escolhemos como baliza do nosso texto o livro de Fernando Tenório, intitulado “A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica” (2001). Nesse livro, Tenório aborda de maneira particular a questão da clínica das psicoses, a partir do trabalho nas instituições brasileiras pós-reformistas, afirmando a que o espaço institucional apenas permite o advento do sujeito se nele se considera a dimensão da palavra. A discussão proposta por Tenório ampara, portanto, o percurso que aqui visamos estabelecer, sendo, por isso, de grande relevância para nosso trabalho.

1.1 Plano dos capítulos

Para alcançar os objetivos delineados, propomos dividir a dissertação em três capítulos, cada um deles sendo um momento de articulação dos problemas que nos são fundamentais.

No primeiro capítulo, intitulado “O Nascimento da Clínica Psicanalítica das Psicoses”, buscaremos cernir a maneira como Freud delimita a especificidade da

psicose em sua obra e afirmar a dimensão do sujeito na própria produção sintomática. Para isso, percorremos os textos “Rascunho H” (1895/1986), “Carta 55” (1897/1986), “As Neuropsicoses de Defesa” (1893-1899/1996), “Observações Adicionais sobre Neuropsicoses de Defesa” (1893-1899/1996), “Observações Psicanalíticas sobre um Caso de Paranoia Relatado em Autobiografia (O Caso Schreber)” (1911/2010), “O Narcisismo” (1914/2010), “Luto e Melancolia” (1915[1917]/2010), “Neurose e Psicose” (1924/2010) e “A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose” (1924[2]/2010).

Esse capítulo visa sublinhar a importância das manifestações sintomáticas da psicose. Pois será através desses textos que veremos como a elaboração do delírio é capaz de reestruturar um lugar para o sujeito, através da escrita e do esforço de “reconstrução” de uma existência avassalada pela condição psicótica (FREUD, 1914/2010).

O segundo capítulo, intitulado “Os Centros de Atenção Psicossocial e as Novas Institucionalidades da Reforma Psiquiátrica”, será subdividido em três partes. Na primeira parte, faremos um breve histórico da loucura e do surgimento da psiquiatria clássica, na qual trabalharemos o texto de Michel Foucault acerca da história da loucura. Com Foucault, buscaremos descrever a evolução do lugar social oferecido à loucura até que esta tenha se tornado o objeto de trabalho da psiquiatria.

Na segunda parte desse capítulo, examinaremos a reforma psiquiátrica brasileira e, para isso, estudaremos a Portaria nº 336 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) e o texto “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, (BRASIL, 2005), texto produzido a partir de um evento que ocorreu em Brasília, de 07 a 10 de Novembro de 2005. Além disso, será importante o texto “O Tear das Cinzas: Um estudo sobre as relações entre Psicose e Instituição Psiquiátrica” (CAVALCANTI, 1992); “Psicoterapia Institucional: uma revisão” (CAVALCANTI, SERPA JR. E VERTZMAN, 1992); “Dificuldades e Erros da Reforma Psiquiátrica”, (DESVIAT, 1999); “Notas sobre a relação entre psicanálise, psiquiatria e reforma psiquiátrica no Brasil” (FERNANDES E ROCHA, 2007); “A clínica dos espaços coletivos e as psicoses” (GUTMAN E VERTZMAN, 2001); “Desinstitucionalização,

uma outra via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos Países Avançados” (LEONARDIS, MAURI E ROTELLI, 1990); “Duas Versões Históricas para a Psicoterapia Institucional” (PASSOS, 2012). Além de utilizarmos, uma vez mais, as elaborações de Foucault, (1961/1978) e de Tenório (2001).

Já a terceira parte do segundo capítulo será destinada aos Centros de Atenção Psicossocial e sua atuação no cenário atual. Com o intuito de compreender os dispositivos da atenção psicossocial, seu funcionamento e sua função é que nos debruçaremos mais uma vez sobre o texto de Fernando Tenório “A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica”, (2001) e sobre o texto do Ministério da saúde, chamado “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” (2005).

Através desses textos, o segundo capítulo, buscará delinear a atenção psicossocial brasileira, seus efeitos e seus limites, a fim de analisar a tendência de manicomialização que as práticas em saúde mental podem herdar da psiquiatria clássica. É com o aparato estrutural, legislativo e institucional que dispositivos como CAPS se constituem; há, no entanto, com base na literatura discutida até aqui, outra dimensão que precisa ser considerada para que se produza, enfim, uma prática não-manicomial: a dimensão do sujeito.

Na busca de cernir o que Freud descreve enquanto fenômeno psicótico deparamo-nos com a descoberta do trabalho realizado pelo delírio. A valorização das manifestações sintomática da psicose por parte de Freud nos mostra quão agressivas são as tentativas de silenciar o delírio e normativizar os pacientes psiquiátricos – práticas que localizamos ainda hoje.

Será por isso que o terceiro capítulo nomeado de “A noção estrutural das psicoses e o cuidado em saúde mental” abordará a questão da clínica psicanalítica das psicoses a partir da perspectiva lacaniana. Nesse capítulo, buscaremos localizar, a partir da psicanálise, se o trabalho dos dispositivos das novas institucionalidades da reforma psiquiátrica é capaz de dar lugar ao sujeito na psicose, considerando a

dimensão do sujeito e buscando fazer frente à falta do significante Nome-do-Pai, própria da psicose, tal como podemos afirmá-lo a partir de Freud.

Compreendendo que as noções de forclusão e Nome-do-Pai são extremamente caras para um trabalho que se concentra na concepção psicanalítica da psicose, buscaremos perguntar, com Lacan, se uma intercessão entre a psicanálise e os dispositivos da saúde mental é capaz de construir práticas que garantam a cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental, sem que, com isso, deixem de oferecer um lugar simbólico para o sujeito na psicose.

Para tal, percorreremos os escritos organizados a partir dos seminários proferidos por Lacan entre os anos de 1957 e 1958, reunidos em um livro que foi nomeado posteriormente de “As Formações do Inconsciente”. Merecem atenção especial as lições VIII “A forclusão do Nome-do-Pai”, IX “A metáfora paterna”, X “Os três tempos do Édipo” e XI “Os três tempos do Édipo (II)”. Trabalharemos ainda com o texto de Doris Rinaldi “Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental” (2005). O texto de Fernando Tenório, “A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica” (2001), será também um meio pelo qual tentaremos cernir a questão do sujeito psicótico nas instituições e sustentar que é a garantia da palavra que permite o advento do sujeito na psicose.

2. O NASCIMENTO DA CLÍNICA PSICANALÍTICA DAS PSICOSES

Com a psicanálise, Freud lançou uma nova direção para a clínica das psicoses. Apesar de sua clínica partir da experiência com as histéricas, Freud não se furtou em buscar as diferenças e as semelhanças entre as neuroses e as psicoses. Busca que acabou por sedimentar os diferentes tempos de sua obra em que as dificuldades inerentes à clínica das psicoses foram demarcadas. Nesse primeiro momento do nosso trabalho, delinearemos, em Freud, o que a psicanálise circunscreve sob o nome “psicose”, para, a partir de então, localizar na obra freudiana sinais que possam nos orientar diante dos problemas provenientes do agenciamento das psicoses nos dispositivos de atenção à saúde mental.

Trabalharemos, portanto, no intuito de acompanhar o caminho que Freud percorreu desde que se deparou com a psicose e a definiu enquanto uma organização psíquica distinta da neurose. Partiremos das primeiras correspondências de Freud com Fliess, atravessaremos seu importante trabalho com o caso Schreber, até, por fim, abordar os textos em que Freud trata das distinções entre as neuroses e as psicoses.

2.1 Os primeiros momentos da psicose em Freud

Em seus primeiros textos, Freud já tentava delinear o que deveria ser apreendido sob o termo “psicose”. Em suas correspondências com Wilhelm Fliess, o vemos levantar questionamentos e a buscar compreender o que chamou inicialmente de paranoia – bem como delimitar a relação desta com as demais formas clínicas com as quais tinha contato.

Na correspondência “O Episódio de Emma Eckstein”, o texto nomeado “Rascunho H – Paranoia” (anexo à carta), datado de 24 de Janeiro de 1895, inicia-se da seguinte forma:

Na psiquiatria, as ideias delirantes situam-se ao lado das ideias obsessivas como distúrbios puramente intelectuais, e a paranoia figura, juntamente com a insanidade obsessiva, como uma psicose intelectual. Se, num dado momento, as obsessões foram rastreadas até uma perturbação afetiva e ficou provado que devem sua força a um conflito, a mesma visão deve

aplicar-se aos delírios, e também eles devem ser um efeito de perturbações afetivas e devem extrair sua força de um processo psicológico (FREUD, 1895/1986, p. 108).

Freud (1895/1986), nesse primeiro momento, associa a paranoia, classificada pelo discurso da psiquiatria enquanto “psicose intelectual”, a perturbações afetivas, relacionando-as, por sua vez, a processos psicológicos. Dizendo de outra forma, perseguindo o histórico das pessoas que apresentavam os sintomas¹ da paranoia, Freud (1895/1986) localiza processos psicológicos que, por algum processo ainda desconhecido, geram perturbações afetivas.

Freud (1895/1986) faz, então, uma aproximação entre os estados de paranoia crônica, histeria, neurose obsessiva e confusão alucinatória, supondo todas enquanto modos de “defesa patológica”. Traz a dimensão do surgimento da paranoia diante das situações insuportáveis para o sujeito, desde que haja o que chamou de “[...] disposição psíquica específica para isso” (*ibid.*, p. 109).

Ao falar de disposição psíquica, Freud (1895/1986) traz à baila o relato de uma jovem que passara a ter delírios após um suposto contato sexual com um conhecido. Ao avançar no atendimento, utilizando como técnica a hipnose, Freud (1895/1986) depara-se com a resistência da jovem e a negação do fato que afirmara anteriormente. Para Freud (1895/1986), ao aproximar-se do que poderia ser o cerne de suas perturbações, ela interrompe o tratamento, na ação que Freud (1895/1986) denomina de defensiva - defesa em um sentido semelhante ao que localiza nas neuroses obsessivas e na histeria -, caminhando na direção da evolução de um quadro paranoico, já iniciado antes do contato com Freud. Voltar à cena e admitir o que havia acontecido, seria acessar a sua satisfação diante de tal contato sexual, o que, segundo seus princípios, seria ocupar um lugar de “mulher depravada”, logo, preferia negar o acontecido, utilizando-se no mecanismo de defesa.

¹ A noção de sintoma em Freud é complexa e exige um desdobramento que está para além do escopo desta dissertação. Valeremo-nos da noção de sintoma apenas para cernir seu lugar no caso Schreber, onde ganha um outro sentido ao ser localizada para além da ideia de manifestação patológica, emergindo enquanto tentativa de cura.

A partir da localização desse impulsivo defensivo nas paranoias, Freud (1895/1986) sustenta a ideia de que as formas clínicas com que se depara em sua prática possuem etiologia sexual e desconfia ainda que todas advenham de abusos sofridos no decorrer dos primeiros anos de vida.

Na correspondência à Fliess, datada de 11 de Janeiro de 1897, nomeada de “Carta 55”, Freud (1897/1986) fala das novas apreensões que tivera a partir dos resultados das análises que realizava. Uma delas, e a que mais nos interessa, consiste em dizer que há evidências de que os casos de psicose podem estar relacionados com agressões sofridas anteriormente ao término do que chamou de primeiro estágio intelectual. Em suas palavras:

[...] isto é, antes que o aparelho psíquico esteja concluído em sua forma primária (antes da idade de 1 ano e um quarto a 1 ano e meio). É possível que essa agressão remonte a uma época tão distante que essas experiências permaneçam ocultas por trás das [experiências] posteriores e possam ser revividas de tempos em tempos (*ibid.*, p. 222-223).

Freud (1897/1986) fala ainda da possibilidade de que, diante de abusos sexuais (sofridos ou presenciados) uma neurose pode evoluir para um estado de psicose, tratando em dado momento a neurose e a psicose enquanto estados mutáveis e evolutivos.

No decorrer de sua experiência clínica, Freud delimita de maneira específica as diversas formas de organização psíquica com que se depara em sua prática. Entre os anos de 1893 e 1899, a partir de suas investigações, Freud agrupa, em um escrito, casos de histeria, obsessões e alguns casos de confusão alucinatória, nomeando-os de “Neuropsicoses de defesa”, nome dado também ao seu artigo. Nas palavras de Freud (1893-1899/1996), o aspecto comum das neuropsicoses de defesa:

[...] consistia em que seus sintomas emergiam por meio do mecanismo psíquico de defesa (inconsciente) - isto é, emergiam como uma tentativa de recalcar uma representação incompatível que se opunha afluivamente ao eu² do paciente (*ibid.*, p. 165).

² Eu, Isso e Supereu são instancias psíquicas descritas por Freud, desta maneira são utilizadas neste texto com a primeira letra maiúscula para diferenciá-las do uso convencional dos termos.

Discutindo os estudos de Pierre Janet e Josef Breuer, ainda no início de sua prática clínica, Freud (1893-1899/1996) afirma que na síndrome da histeria há “[...] uma divisão da consciência acompanhada da formação de grupos psíquicos separados” (*ibid.*, p. 53). A partir do estudo destes casos e por um trabalho de introspecção, Freud (1893-1899/1996) então sugere que há uma tentativa voluntária de desfazer-se de pensamentos, vontades e impulsos moralmente inapropriados ou inaceitáveis (o que chamou de recalque), que atuava de forma semelhante no encadeamento de ideias que supostamente causariam também a obsessão e o que chamou de psicose alucinatória.

Freud (1893-1899/1996) conclui que, nos casos de histeria de conversão, o retorno de material psíquico recalcado se dava através de sintomas físicos. Sugere, ademais, que boa parte do processo funciona de forma semelhante aos casos de fobias e obsessões, diferenciando-se apenas na forma de manifestação do que fora anteriormente recalcado, o que Freud (1893-1899/1996) propôs chamar de conversão.

Já no texto intitulado “Observações adicionais sobre neuropsicoses de defesa”, escrito em 1886, a partir do que elabora com Breuer, Freud (1896/1996) afirma que “[...] os sintomas da histeria só poderiam ser compreendidos se remetidos a experiências de efeito traumático referindo-se esses traumas psíquicos à vida sexual do paciente” (*ibid.*, p. 166). Tendo ouvido relatos de abusos na tenra infância, tanto em mulheres quanto em homens, Freud (1896/1996) atribui a esses fatos a função geradora de traumas nos pacientes diagnosticados por ele como histéricos, apostando na passividade sexual durante o período pré-sexual como determinante específico da histeria. Desta forma, Freud (1896/1996) afirma a psicanálise como única forma de acessar conteúdo psíquico relativo à infância dos pacientes – que, nesse momento, era tomado como a vivência de experiências traumáticas – e de eliminar os sintomas ligados a tais vivências.

Em uma nota de rodapé de “Observações adicionais sobre neuropsicoses de defesa” (1896/1996, p. 166), James Strachey lembra que, apesar de Freud não afirmar nesse artigo que as suas pacientes meninas possuísem como figura sedutora o pai, ele já havia colocado esse fato em evidência nas cartas enviadas a

Fliess. É importante lembrar que, como descrito em uma nota de rodapé acrescentada nesse artigo em 1924, Freud colocará em questão o fato de ter igualado as fantasias e as recordações reais de seus pacientes sobre a infância:

Em consequência disso, atribuí ao fator etiológico da sedução uma importância e universalidade que ele não possui. Depois que esse erro foi superado, tornou-se possível alcançar um discernimento das manifestações espontâneas da sexualidade das crianças que descrevi em meus Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade (1950d) (Nota de rodapé, FREUD, 1893-1898/1996, p. 171).

Sobre os casos de obsessão, (Freud 1893-1898/1996) afirma que “[...] em todos os casos que analisei, era a vida sexual do sujeito que havia despertado um afeto aflitivo, precisamente da mesma natureza do ligado à sua obsessão” (*ibid.*, p. 59). Afirma ainda que é possível que a obsessão esteja relacionada com outra ordem de questões, mas que, no entanto, não poderia cerni-la naquele momento. Freud (1893-1898/1996) traz à baila que, em boa parte dos casos que acompanhava, havia um esforço voluntário, por parte dos pacientes, em afastar ideias inapropriadas (denominadas por Freud de representações sexuais incompatíveis) e logo que lhes era possível tal esquecimento, surgiam seus sintomas. Em alguns casos, porém, a origem de tal sintoma era desconhecida e os pacientes negavam sua ligação com questões de ordem sexual.

Freud nota, ademais, que no caso da conversão do suposto pensamento inapropriado em um sintoma, a “quantidade do afeto” permanecia inalterada. Nas palavras de Freud (1893-1898/1996):

As representações recalçadas, como no outro caso, formam o núcleo de um segundo grupo psíquico, que, acredito, é acessível mesmo sem a ajuda da hipnose. Se as fobias e obsessões são desacompanhadas dos notáveis sintomas que caracterizam a formação de um grupo psíquico independente na histeria, isto é sem dúvida porque, em seu caso, toda a alteração permaneceu na esfera psíquica, e a relação entre a excitação psíquica e a inervação somática não sofreu qualquer mudança (*ibid.*, p. 61,62).

De forma semelhante ao que relaciona com a histeria, nos casos de neurose obsessiva, Freud (1893-1898/1996) coloca que é necessária a suposição de experiências sexuais vividas na primeira infância. Em tal caso, não obstante, a atividade sexual ocorreria enquanto o contrário de passividade sexual, sob a forma de “[...] atos de agressão praticados com prazer e de participação prazerosa em atos

sexuais” (*ibid.*, p. 171). A tal fator que Freud atribui a prevalência dos sintomas obsessivos em pessoas de sexo masculino. Em todos os casos de neurose obsessiva observados por Freud, há o que ele chamou de “substrato de sintoma histérico”, atribuindo isso à passividade sexual anterior à ação prazerosa.

Para ilustrar a forma de funcionamento do recalçamento do material incompatível à consciência, e do surgimento do sintoma substitutivo, Freud (1893-1898/1996) traz três casos. Citemos o primeiro, o qual ele acredita que autorrecreminações obsessivas levaram ao que chamou de “psicose por simples intensificação” (*Überwältigungspsychose*).

Uma jovem sofria autorrecreminações obsessivas. Quando lia alguma coisa nos jornais sobre falsificadores de moedas, ocorria-lhe a ideia de que também ela produzira dinheiro falso; se uma pessoa desconhecida cometia um assassinato, perguntava-se ansiosamente se não teria sido ela a autora daquela ação. Ao mesmo tempo, estava perfeitamente cônica do disparate dessas acusações obsessivas. Por algum tempo, esse sentimento de culpa adquiriu tal ascendência sobre ela que suas capacidades críticas ficaram embotadas e ela se acusou perante seus parentes e seu médico de ter realmente cometido todos esses crimes. [...] Um minucioso interrogatório revelou então a fonte de onde brotava seu sentimento de culpa. Estimulada por uma sensação voluptuosa casual, ela se deixara induzir por uma amiga a se masturbar, e praticara a masturbação durante anos, inteiramente consciente de sua má ação, que era acompanhada das mais violentas, embora inúteis, autorrecreminações. Um excesso a que se entregara depois de ir a um baile havia produzido a intensificação que levou à psicose. Depois de alguns meses de tratamento e da mais estrita vigilância, a jovem se recuperou (*ibid.*, p. 62).

Na descrição de tal caso, apesar de tratar a psicose como o agravamento de um caso de neurose obsessiva, Freud (1893-1898/1996) fala de “[...] uma psicose em que o eu é subjugado” (*ibid.*, p. 62). Tal afirmação nos é importante por indicar como Freud introduz a questão da psicose em sua obra.

Como tratamento das neuropsicoses de defesa, Freud (1893-1898/1996) propõe a realização de um trabalho terapêutico. Em suas palavras:

[...] reconduzindo a atenção dos pacientes com fobias e obsessões às representações sexuais recalçadas, a despeito de todos os seus protestos, e, sempre que possível, estancando as fontes de onde tais representações provieram (*ibid.*, p. 64).

Dito de outra forma, Freud (1893-1898/1996) concebe como tratamento eficaz tornar consciente o material anteriormente recalcado e as ligações dele com as manifestações sintomáticas.

Tanto no caso da histeria, como nos de fobia e obsessão descritas por Freud (1893-1898/1996), a defesa contra o impulso inconveniente se deu através da separação entre ele e o afeto, tendo sua representação permanecido, nas palavras de Freud (1893-1898/1996): “[...] na consciência, ainda que enfraquecida e isolada” (*ibid.*, p. 64). No que concerne à psicose, ocorreu o que Freud (1893-1898/1996) chama de uma defesa mais bem-sucedida e poderosa, como indica o trecho a seguir:

[...] o eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. Mas a partir do momento em que isso é conseguido, o sujeito fica numa psicose que só pode ser qualificada como “confusão alucinatória”. (*ibid.*, p. 65).

É importante salientar que, no período de tais apreensões, Freud (1893-1898/1996) trata a psicose como um estado passageiro, desencadeado por traumas e passível de ser tratado com a utilização da hipnose (técnica que ele utilizara inicialmente).

O fato para o qual o desejo agora chamar atenção é que o conteúdo de uma psicose alucinatória desse tipo consiste precisamente na acentuação da representação que era ameaçada pela causa precipitante do desencadeamento da doença. Portanto, é justificável dizer que o eu rechaçou a representação incompatível através de uma fuga para a psicose. O processo pelo qual isso é conseguido escapa, mais uma vez, à autopercepção do sujeito, assim como escapa à análise psicológico-clínica. Deve ser encarado como a expressão de uma predisposição patológica de grau bastante alto e pode ser descrito mais ou menos como se segue. O eu rompe com a representação incompatível; esta, porém, fica inseparavelmente ligada a um fragmento da realidade, de modo que, à medida que o eu obtém esse resultado, também ele se desliga, total e parcialmente, da realidade. Em minha opinião, este último evento é a condição sob a qual as representações do sujeito recebem a vividez das alucinações; assim, quando a defesa consegue ser levada a termo, ele se encontra num estado de confusão alucinatória (*ibid.*, p. 65, 66).

Freud (1893-1899/1996) leva-nos a conceber uma predisposição patológica para a psicose, bem como a possibilidade de o sujeito não perceber-se em tal estado. Freud (1893-1898/1996) ainda sinaliza para a dificuldade que se depara no tratamento da psicose, ao afirmar que tal estado “[...] escapa à análise psicológico-clínica” (*ibid.*, p. 65-66). É possível apreender, ainda em tal fragmento, que ao romper com a representação incompatível, o eu rompe também, total ou

parcialmente, com a realidade, já que esta se encontra inseparável da representação incompatível. Freud (1893-1898/1996) atribui ainda a esse processo, a vividez das alucinações psicóticas, já que, quando o processo de rompimento se efetiva, se desdobra no sujeito um estado de confusão alucinatória.

Freud (1893-1898/1996) nos remete ao fato de que as diversas formas de neuropsicoses de defesa podem manifestar-se conjuntamente em uma mesma pessoa, guardando restrições. Os estados patológicos descritos e analisados por Freud em tal momento estariam baseados nas funções mentais, como indica o trecho a seguir:

[...] deve-se distinguir algo - uma carga de afeto ou soma de excitação - que possui todas as características de uma quantidade (embora não tenhamos meios de medi-la) passível de aumento, diminuição, deslocamento e descarga, e que se espalha sobre os traços mnêmicos das representações como uma carga elétrica espalhada pela superfície de um corpo (FREUD, 1893-1898/1996, p. 66-67).

Além disso, Freud (1893-1899/1996) diz que paranoia é uma psicose de defesa, pois “[...] provém do recalçamento de lembranças aflitivas, sendo seus sintomas formalmente determinados pelo conteúdo do que foi recalçado” (*ibid.*, p. 176). Todavia, afirma que o método de recalçamento da paranoia deve ser peculiar, como o é nos casos de histeria e neurose obsessiva.

Sem aparente interesse de se aprofundar no estudo da paranoia e até admitindo a possibilidade da existência de casos de paranoia que não se tratassem de psicose de defesa, Freud (1893-1898/1996) retrata um caso que corrobora com tal ideia. Trata-se de uma paciente, uma mulher 32 anos de idade, casada e mãe de uma criança, que apresenta os primeiros sintomas quando o filho completa seis meses de nascido. Passou a ter dificuldades na relação com os familiares do marido e com os vizinhos, sentia-se vigiada e hostilizada pelos conhecidos e pelas pessoas que a cercavam. Ao ser internada em uma instituição, seu caso se agrava, passa a ter sensações de toques, principalmente em suas genitálias e passa a ver cenas de pessoas despidas, mulheres, homens e até mesmo ela. Freud (1893-1898/1996) relata o início de seu trabalho com este caso partindo do pressuposto que, como nos

casos de histeria e neurose obsessiva, na paranoia havia pensamentos inconscientes. Em suas palavras:

A presença de representações inconscientes importantes foi assim demonstrada também num caso de paranoia, e pude ter esperanças de investigar também a compulsão da paranoia até o recalçamento. A única peculiaridade consistia em que os pensamentos que emergiam do inconsciente eram, em sua maior parte, ouvidos interiormente pela paciente ou alucinados por ela, do mesmo modo que suas vozes (*ibid.*, p. 176).

Freud (1893-1898/1996) associa os sintomas apresentados pela paciente a acontecimentos recentes e da infância, que foram recalçados e retornavam de forma semelhante, relacionada ou contrária ao material recalçado.

2.2 O caso Schreber

Em seu texto voltado para a análise do caso Schreber, Freud (1911/2010) inicia anunciando as limitações em relação à análise da paranoia, atribuindo a isso o fato de estar de fora de instituições públicas.

A investigação psicanalítica da paranoia oferece dificuldades especiais para nós, médicos não ligados a instituições públicas. Não podemos aceitar ou manter por longo tempo doentes assim, pois a condição para nosso tratamento é a perspectiva de sucesso terapêutico. Apenas excepcionalmente posso lançar um olhar mais detido à estrutura da paranoia, seja quando a incerteza do diagnóstico — nem sempre fácil — favorece a tentativa de influenciar o paciente, seja quando, apesar do diagnóstico seguro, cedo aos pedidos da família e começo a tratar o indivíduo por algum tempo. À parte isso, naturalmente encontro paranoicos (e dementes) em bom número, e deles adquiro tantas informações sobre seus casos quanto outros psiquiatras, mas via de regra isso não basta para chegar a conclusões psicanalíticas (*ibid.*, pág. 10).

Deste modo, há uma questão a cerca da limitação que Freud (1911/2010) localiza no tratamento psicanalítico das psicoses. Atribui esse limite ao problema do sucesso terapêutico, como também na impossibilidade de influenciar o paciente. No entanto, tendo em vista que o tema de nossa dissertação consiste no questionamento da função das instituições voltadas ao tratamento das psicoses, nos indagamos se Freud não se vê limitado no que concerne ao tratamento das psicoses justamente por não se inserir no campo dessas instituições. Nessa direção, há algo próprio às instituições que favoreça o trabalho com a psicose e que uma clínica por si mesma seria incapaz de sustentar? Coloca-se, portanto, a problemática da função da

psicanálise e das instituições no trabalho com as psicoses, bem como de seus limites e efeitos.

Segundo Freud (1911/2010), a paranoia possui como característica própria revelar-se, ainda que de forma distorcida. Essa particularidade do paranoico é o que permitiu a Freud (1911/2010), inicialmente investigá-la, ao passo que a diferencia das neuroses, que mantêm “suas verdades escondidas” (*ibid.*, p. 10). Freud classifica a paranoia enquanto uma psicose, afirma que os sintomas paranoicos são o retorno do material inconsciente recalcado, não diferindo neurose e psicose em termos estruturais. Tais distinções emergem na psicanálise apenas posteriormente, com as conceituações de Lacan (1956-7/1997).

Daniel Paul Schreber, doutor em Direito, candidatara-se a um importante cargo no setor jurídico e logo tivera o primeiro surto, em 1884. A primeira manifestação foi descrita por Schreber como uma crise de grave hipocondria, na qual não houve relatos de experiências sobrenaturais e, já no final do ano de 1885, achava-se completamente restabelecido. Enquanto estava internado na Clínica de Leipzig foi acompanhado pelo Dr. Flechsig. Tal médico foi tratado inicialmente, após o primeiro surto e antes do segundo, com muita cortesia e gratidão, tanto por Schreber, quanto por sua mulher. Após o segundo surto, entretanto, o médico apareceu como figura perseguidora de seus delírios, até mesmo quando Schreber mudara de instituição, indo para o asilo do Dr. Pierson, Sonnestein.

Logo que soube que seria nomeado a um importante cargo jurídico, Schreber sonhou que suas crises retornavam. Em dado dia, no estado entre sono e vigília, ele teve um pensamento de que “[...] afinal de contas, deve ser realmente muito bom ser mulher e submeter-se ao ato da cópula” (FREUD, 1911/1996, pág. 8). Para Freud (1911/2010) tal pensamento foi central para elaborações delirantes futuras.

Durante a segunda e maior crise, que ocorrera ao tomar posse no cargo de Juiz Presidente do Tribunal de Apelação, em fins de outubro de 1893 – e durou cerca de nove anos -, seu funcionamento intelectual pareceu inalterado, ao passo que se encontrava tomado por ideias persecutórias de origem patológica. Tal crise iniciou-se na forma de acesso de insônia, levando-o a voltar à clínica Flechsig, onde houve

uma piora em seu quadro. Suas ideias hipocondríacas aumentaram, passou a queixar-se de sentir seu corpo sendo destruído, foi tomado pela ideia de aproximação da morte e de perseguição. Seu quadro evoluiu ao ponto de ter alucinações sensoriais, que se iniciaram esporadicamente e foram aumentando, bem como a sensibilidade às luzes e aos sons. Sentia-se extremamente angustiado e apresentou desejo de morte, como se só esta fosse capaz de findar seu sofrimento.

Segundo relatório feito pelo diretor do Asilo Sonnenstein³, sobre Schreber, em 1899, citado por Freud (1911/2010):

Pouco a pouco as ideias delirantes assumiram um caráter místico e religioso: ele se comunicava diretamente com Deus, os diabos faziam das suas com ele, via “fenômenos milagrosos”, ouvia “música sacra” e, finalmente, acreditava estar vivendo em um outro mundo (*ibid.*, pág. 13).

Entretanto, fazia-se possível uma determinada separação entre seu material delirante e os demais aspectos de sua vida. Segundo o relatório de Weber, médico de Sonnenstein, Schreber apresentava altos níveis de conhecimentos jurídicos, políticos, sociais e até mesmo de senso comum, sendo capaz de conduzir racionalmente diálogos com ele e com as demais pessoas que o circundavam. Desde que não questionassem a produção de seu delírio no que tangia a sua relação com Deus, Schreber era capaz de reger a própria vida e baseando-se nisso foi que, a partir relatórios redigidos por ele mesmo, em 1902 recuperou seus direitos civis e pode então publicar sua obra.

A decisão judicial que concedeu a liberdade a Schreber descreve que seu delírio se baseia na crença de que sua missão é restabelecer na humanidade o estado perdido de beatitude, através de sua emasculação, para que pudesse produzir, enquanto mulher de Deus e em conjunto com Ele, novos seres humanos.

Ainda conforme o relatório do diretor de Sonnenstein:

Não que ele queira se tornar mulher; trata-se antes de um dever com base na Ordem do Mundo, ao qual não se pode fugir, quando na verdade

³ Sonnenstein foi a clínica na qual Schreber permaneceu durante seu segundo grande surto. Sua permanência em tal instituição durou cerca de nove anos (FREUD, 1911/2010).

preferiria permanecer em sua honrada e masculina posição na vida (FREUD, 1911/2010, p. 16).

Freud (1911/2010) aposta na averiguação dos pormenores do delírio e da história de seu desenvolvimento como um caminho para melhor compreender o mecanismo da paranoia. A questão da “emasculação” (transformar-se em mulher) é anterior a ideia de “Redentor” que Schreber assume e muda de sentido no decorrer da produção delirante. Inicialmente tratava-se de uma mudança que o destinava a transformar-se em mulher, sofrer abusos sexuais e ser abandonado, até que sua alma morresse. Em outro momento a emasculação assumiu a função de beatificação e criação de uma nova humanidade, ao conceber filhos provenientes de Deus, sendo sua mulher, um propósito *em* “harmonia com a Ordem do Mundo” que Freud (1911/2010) chamou de “*motif* do Redentor”.

A transformação em mulher fora o *punctumsaliens*, o primeiro gérmen do sistema delirante; ela também se revelou a única parte a subsistir após a recuperação e a única a conservar um lugar nos seus atos concretos depois de restabelecido (*ibid.*, p. 20).

Na parte do delírio que Freud nomeou de “ideia do Redentor”, Schreber afirmava possuir uma relação direta com Deus, que envolve a ligação entre os nervos de ambos, como raios advindos de Deus sobre ele. Nas palavras de Freud (1911/2010): “Em contraste com esta encenação concreta da fantasia de emasculação, o enfermo nada fez para o reconhecimento de sua missão redentora, além da publicação de suas Memórias” (*ibid.*, p. 20-21).

O relato de Schreber circunda uma relação rara e única, um misto de reverência e rebeldia, de proximidade e conhecimento de leis singulares de um deus específico, que é poderoso, mas se engana e é errante. “Todo o livro de Schreber é permeado pela amarga queixa de que Deus, habituado ao trato com os mortos, não compreende os vivos.” (FREUD, 1911, p. 16). Schreber queixa-se dos prejuízos que essa incompreensão de Deus traz para sua vida. A falta de conhecimento de Deus sobre os humanos vivos fazia com que Schreber tivesse dificuldades de evacuar, e só o conseguisse a partir de “milagres”. Também seu pensamento não poderia cessar, para que Deus, ao ver sua mente vazia, não o confundisse com os mortos.

A marca central do delírio de Schreber constitui-se a partir de duas ideias principais: a necessidade e a certeza de que irá se transformar em mulher e a relação próxima e íntima com Deus. É a partir de tais premissas que todo o aparato delirante de Schreber se estrutura e só a partir de então que ele supera a etapa crítica de seu estado, podendo retomar boa parte de suas atividades, inclusive seu cargo na presidência (FREUD, 1911/2010).

Dr. Flechsig foi o primeiro médico que atendeu Schreber e é uma figura muito importante em sua doença. Após a primeira internação, marcada apenas pelo que Freud (1911/2010) classificou como crise neurótica, tal médico era tratado por Schreber e por sua mulher com muita estima. Os primeiros indícios delirantes de Schreber, após sua segunda internação, envolviam o Dr. Flechsig. Schreber lhe chamava de ladrão de almas e acreditava que Dr. Flechsig tramava algo que iria destituir sua alma e deixá-lo-ia humilhado e abandonado. Schreber lhe atribuía um poder superior e acreditava que ele influenciava muitas coisas no mundo, colocando-o no lugar que, posteriormente, seria destinado a Deus.

Assim, o médico deixou de ocupar o lugar de responsável por todas as desgraças na vida de Schreber após o que ele mesmo chamou de “reconciliação”, ou seja, quando passou a atribuir a significação dos acontecimentos à vontade divina. Em seu delírio, Deus não apenas enviou o médico para testá-lo, como muitas das intempéries de sua vida provinham o desconhecimento de Deus sobre os humanos ou dos planos de Deus para com ele - devido à ligação especial que tinham (FREUD, 1911/2010).

Buscando compreender a formação de tal delírio, Freud (1911/2010) aponta na relação paterna características que justificam as particularidades atribuídas a Deus. Depara-se com uma rápida exaltação do pai, que morrera muito cedo, assim como seu irmão. Freud associa as duas figuras com o aparato delirante que faz a subdivisão de Deus entre um deus inferior e um deus superior. Freud (1911/2010) localiza que o misto de temor, admiração e escárnio que Schreber dirige a Deus, como próprio da relação de um filho homem com seu pai. A fama e o sucesso garantidos ao pai de Schreber, mesmo após a morte, enquanto médico pioneiro em sua área, sugere a Freud (1911/2010) a facilidade em associá-lo a uma figura divina (seu Deus).

Ao analisar os pormenores do delírio de Schreber, Freud (1911/2010) conclui que a história do delírio não garante nada que diferencie este caso - que acredita tratar-se de uma paranoia - das neuroses. Freud (1911/2010) afirma que só é possível localizar as especificidades da paranoia ao concentrar-se no mecanismo formador dos seus sintomas. Freud (1911/2010) situa esse mecanismo ao afirmar que “o caráter paranoico está em que, para defender-se de uma fantasia de desejo homossexual, reage-se precisamente com um delírio persecutório de tal espécie” (*ibid.*, pág. 51).

Dito de outra forma, neste ponto do seu trabalho, Freud (1911/2010) aposta na emergência da característica paranoica a partir da recusa do desejo homossexual latente, afirmando que isso levou Schreber aos delírios de perseguição. Freud (1911/2010) examina que, enquanto na vida social os elementos concernentes à sexualidade encontram-se elididos, o delírio demonstra o lugar desses elementos de uma forma mais clara. Em suas palavras: “[...] o delírio é que regularmente põe a nu tais relações [referindo-se, nesse momento às relações emocionais do indivíduo com o outros, na vida social], e faz remontar o sentimento social a suas raízes no desejo erótico grosseiro-sensual” (*ibid.*, pág. 52).

Freud (1911/2010) buscou, através dos conhecimentos adquiridos sobre os processos psíquicos a partir da psicanálise, compreender o papel do desejo homossexual na formação das psicoses, mais especificamente da paranoia. Para isso, remete-se ao que chamou de Narcisismo, que consiste em um estágio da libido entre o autoerotismo e a escolha do objeto. Freud (1911/2010) afirma que:

Ele consiste no fato de o indivíduo em desenvolvimento, que unificou seus pulsões sexuais que agem de forma autoerótica, a fim de obter um objeto de amor, primeiramente toma a si mesmo, a seu próprio corpo, como objeto de amor, antes de passar à escolha de uma outra pessoa como objeto. Uma tal fase mediadora entre autoerotismo e escolha objetual talvez seja imprescindível normalmente; parece que muitas pessoas ficam nela retidas por um tempo insolitamente longo, e que muita coisa desse estado persiste em estágios posteriores de desenvolvimento (*ibid.*, pág. 52).

Desta forma, os indivíduos têm tendências a apreciar órgãos genitais semelhantes aos seus, podendo permanecer assim por uma fase, ou tornar-se o que Freud

chamou de “homossexuais manifestos”. Por isso, mesmo a heterossexualidade não se vê independente das tendências adquiridas em tal fase, o que dá base, segundo Freud (1911/2010), aos sentimentos humanitários, de amizade de companheirismo entre pessoas do mesmo sexo.

Freud (1911/2010) supõe então que a tendência ao desenvolvimento da paranoia encontra-se entre o autoerotismo, o narcisismo e a homossexualidade. Reconhecendo a possibilidade de haver limitações acerca do que supõe constituir a paranoia, Freud (1911/2010) aposta na prevalência, em todos os casos de paranoia, da contradição à frase “Eu (um homem) amo ele (um homem)”. Localizando, portanto, o delírio de perseguição na negativa dessa frase, a qual o “eu o amo” - através do processo que torna materiais inconscientes conscientes - passa por uma contradição e assume o imperativo “Eu não o amo - eu o odeio - porque ele me persegue”.

Em casos de erotomania, o “eu o amo” transfigura-se em “eu amo ela”, que, através do que se chamou de projeção, assume o sentido de “Eu não o amo — é a ela que eu amo — porque ela me ama”. O delírio ciumento é, ainda, uma outra forma de contradição para a frase “eu o amo”, que desperta, tanto nos homens, como nas mulheres, ciúmes em relação aquilo que desperta o próprio desejo: “Não sou eu que amo um homem — ela o ama”, e também no inverso.

Dessa maneira, o delírio de perseguição contradiz o verbo, a erotomania contradiz o objeto e o delírio de ciúmes contradiz o sujeito. Mas há ainda outra forma de contradição que nega a frase por inteira: “Eu não amo absolutamente, não amo ninguém”, que seria equivalente a dizer “Eu amo apenas a mim”. É o que corresponde ao delírio de grandeza, onde há a negação do objeto amoroso (Freud, 1911/2010).

É perceptível o esforço de Freud (1911/2010) de tentar localizar algo em comum que associe as principais formas da paranoia. Para tal, utiliza uma afirmativa relacionada a um suposto desejo homossexual inerente a constituição de todo sujeito, que se modula de diferentes formas em cada caso de paranoia, segundo uma articulação gramatical que lhe é própria. Ao mesmo tempo, Freud (1911/2010) delinea o

funcionamento do inconsciente nas transfigurações que a frase afirmativa (“eu o amo”) sofre ao modular a relação do sujeito com seu objeto de desejo. Freud (1911/2010) dá sinais de que a relação com objeto de desejo, através dessas modulações gramaticais, é a forma do sujeito se colocar.

A partir das interpretações freudianas acerca do caso, é possível afirmar que, antes da figura alvo dos delírios de Schreber mudar (de Dr. Flechsig para Deus), houve a transfiguração do próprio Dr. Flechsig, de alvo de desejo homossexual para perseguidor. Freud (1911/2010) nomeou esse fenômeno de mudança do material inconsciente de “projeção”, como estando presente na paranoia, mas não sendo exclusivo dela (Freud localiza tal fenômeno também nas neuroses). No inconsciente, o médico despertava sentimentos positivos de amor, mas, por se tratar de um desejo homossexual, socialmente inaceitável para Schreber, tal sentimento emerge no consciente como algo negativo, um ódio do médico para com Schreber, levando a figura do médico ao papel de perseguidor, aquele que desejava o seu mal (FREUD, 1911/2010).

Na formação de sintomas da paranoia é notável, antes de tudo, a característica que recebe o nome de projeção. Uma percepção interna é suprimida e, em substituição, seu conteúdo vem à consciência, após sofrer certa deformação, como percepção de fora. Essa deformação consiste, no delírio persecutório, numa transformação do afeto; o que deveria ser sentido internamente como amor é percebido como ódio vindo do exterior. Estaríamos inclinados a ver neste singular processo a coisa mais significativa da paranoia e absolutamente patognomônico no que diz respeito a ela, se não nos lembrássemos, oportunamente, que 1) a projeção não tem o mesmo papel em todas as formas da paranoia, e que 2) ela não aparece somente na paranoia, mas também em outras condições da vida psíquica, e inclusive tem uma participação regular em nossa atitude para com o mundo externo (*ibid.*, pág. 57).

Como se pode observar em tal citação, Freud (1911/2010) aponta que a projeção pode assumir várias formas, estando tanto relacionada diretamente aos quadros de paranoia na qual comparece, bem como no que chamou de outras condições de vida psíquica – não exclusivamente na paranoia.

Além da projeção, Freud (1911/2010) localiza no recalque⁴ (estágio anterior e constituinte da projeção) um fenômeno importante da paranoia. Ele a descreve subdividindo-a em três momentos: a fixação, o recalcado propriamente dito e do fracasso do recalque, da irrupção, do retorno do recalcado. Em suas palavras:

Diremos, então, que o processo de recalque consiste num desprender-se da libido em relação a pessoas — e coisas — antes amadas. Ele se realiza em silêncio; não temos notícia dele, somos obrigados a inferi-lo dos eventos consecutivos. O que se faz notar flagrantemente, para nós, é o processo de cura, que desfaz o recalque e reconduz a libido às pessoas por ela abandonadas. Ele se realiza, na paranoia, pela via da projeção (*ibid.*, p. 61-62).

Desta forma, podemos afirmar que o processo de recalçamento está relacionado ao que Freud (1911/2010) chamou de “desprendimento” da libido, ou seja, ao desinvestimento de desejo em relação a coisas e pessoas antes amadas. Freud (1911/2010) supõe ainda que, na paranoia, o que chamou de processo de cura – ou seja, a recondução da libido ao objeto antes amado - ocorre por meio da projeção, atribuindo grande importância ao fenômeno.

Freud (1911/2010) questiona ainda os pormenores do mecanismo de recalque, seu modo de funcionamento e sua relação com a psicose.

[...] um desprendimento da libido pode não ocorrer exclusivamente na paranoia, nem ter consequências tão desastrosas ali onde ocorrer mais. É bem possível que o desprendimento da libido seja o mecanismo essencial e regular de todo recalque; nada saberemos a respeito, enquanto outras enfermidades do recalque não forem submetidas à investigação análoga (*ibid.*, p. 62).

Ou seja, desprendimento da libido não pode ser considerado o responsável psicogênico pela paranoia, ainda que esteja presente em boa parte dos casos. Desta forma, faz-se imprescindível uma outra característica que diferencie a paranoia de outros casos onde há desprendimento da libido, o que só pode ser alcançado, segundo Freud (1911/2010), pela via da investigação clínica.

Faz-se questionável também para Freud (1911/2010), neste ponto de seu trabalho, o destino da libido que abandonara seu objeto de desejo nos casos de paranoia por

⁴ Lacan, em seu ensino, demonstrará que o mecanismo fundamental das psicoses não é a *Verdrangung* (recalque), mas a *Verwerfung* (Foraclusão), tal como veremos adiante.

meio do recalque. Mas, para além disso, o estudo do caso de Schreber dá a Freud base para afirmar que existe nos paranoicos uma fixação no narcisismo, lhe permite (1911/2010) dizer que “[...] o recuo da homossexualidade sublimada ao narcisismo indica o montante da regressão característica da paranoia” (*ibid.*, pág. 63).

Freud (1911/2010) conclui que há relações diretas entre o que chamou de distúrbios da libido e alterações anormais do Eu, apostando que está aí o fator diferenciador da psicose. Além do quadro da paranoia, entretanto, Freud (1911/2010) reconhece particularidades em cada processo das diferentes formas de psicose, principalmente no que tange ao esvaziamento da libido, através do recalque. É o que indica o seguinte trecho:

Não se pode afirmar que o paranoico retirou completamente o seu interesse do mundo externo, mesmo no auge do recalque, como há que se dizer de algumas outras formas de psicose alucinatória (como a *amentia*, de Meynert). Ele percebe o mundo externo, cogita razões para as mudanças, é incitado a elaborar explicações (os “homens feitos às pressas”) pela impressão que dele recebe, e por isso acho bem mais provável que sua relação alterada com o mundo se explique apenas ou sobretudo pelo fim do interesse libidinal (*ibid.*, pág. 65).

É assim que Freud (1911/2010) estende sua análise do deslocamento libidinal para todo o grupo das psicoses que, para ele, é constituído pela paranoia, a *dementia praecox* (que posteriormente substitui pelo nome de parafrenia⁵) e a esquizofrenia. Para tanto, apropria-se dos termos utilizados anteriormente por Kraepelin e Bleuler, mas atribui a eles sentidos modificados. Ademais, ao passo em que as aproxima no grupo das psicoses, Freud (1911/2010) faz distinções importantes entre a paranoia e a *dementia praecox*, acerca do desprendimento da libido e da relação com o recalque, bem como em relação ao narcisismo:

Eis uma das grandes diferenças em relação à paranoia; ela é passível de explicação genética, por outro lado. O desfecho da *dementiapræcox*, quando a afecção não permanece muito parcial, constitui a segunda diferença. Esse desenlace é, em geral, menos favorável do que o da paranoia; a vitória não cabe à reconstrução, como nesta, mas ao recalque. A regressão vai não apenas até o narcisismo, que se manifesta em delírio de grandeza, mas até o pleno abandono do amor objetual e retorno ao autoerotismo infantil. De modo que a fixação predisponente deve situar-se antes daquela da paranoia, deve estar no começo do desenvolvimento que vai do autoerotismo ao amor objetual. Além disso, de maneira nenhuma é provável que os impulsos homossexuais, encontrados frequentemente

⁵Segundo Freud (1911/2010), o termo hebefrenia estaria também relacionado a *dementia praecox* (precoce).

— talvez invariavelmente — na paranoia, tenham papel da mesma importância na etiologia da *dementia praecox*, que é muito mais abrangente (*ibid.*, pág. 66).

Em outros termos, enquanto na paranoia o desprendimento da libido do objeto de desejo conduz o paranoico a regredir até o momento de seu narcisismo, manifestando-se através do delírio de grandeza, a demência precoce regride a estágios que Freud localiza, aproximadamente, entre o autoerotismo e a escolha objetal.

Freud (1911/2010) nos atenta ainda para a possibilidade de que casos que contem com sintomas paranoicos transformem-se em demência, bem como manifestações esquizofrênicas e paranoides misturem-se e constituam casos como o de Schreber, que Freud achou conveniente nomear de demencia paranoide: “[...] apresentando caráter parafrênico pelo surgimento de fantasia-desejo e alucinações, e caráter paranoide pelo ensejo imediato, o mecanismo de projeção e o desenlace” (*ibid.*, pág. 67).

Freud (1911/2010) fala da possibilidade do desligamento da libido ocorrer por meio das fixações que podem ter ocorrido durante a estruturação psíquica, podendo, em casos como o de Schreber, constituir-se enquanto caso singular. Em um segundo momento, (1911/2010), no entanto, admite a possibilidade de que tal caso tratar-se de uma paranoia. Afirmando isso a partir de percepções endopsíquicas dos processos e ao observar o fragmento do delírio de Schreber no qual o mundo irá acabar – em decorrência de atrair para si todos os raios divinos.

Freud (1911/2010) reconhece as limitações e as lacunas em seu discurso acerca das psicoses, e atribui tal dificuldade a pouca experiência clínica com casos deste tipo. Contudo, busca relacionar o que já conhece a partir do estudo das neuroses, principalmente o que concerne aos distúrbios advindos do complexo paterno, ao estudo das psicoses.

Assim, como já dissemos, a figura do médico perseguidor é substituída por um Deus que estabelece e desenvolve relações pessoais com Schreber e, posteriormente, passa a intimá-lo a ser sua mulher. O que faz Freud (1911/2010) afirmar que o desejo homossexual recalcado de Schreber em relação ao médico, passa a ser

admissível quando o emissor do desejo é uma criatura divina onipotente (Deus), que visava realizar uma ação nobre (reabitar a terra), livrando-o da “culpa” e, ao mesmo tempo, permitindo a emergência do seu próprio desejo.

2.3 O narcisismo

Segundo Freud o termo “narcisismo” surgiu com P. Näcke, em 1899, ao descrever indivíduos que possuíam o próprio corpo como objeto de amor, desejo e prazer. A princípio, Freud (1914/2010) aproximava o narcisismo às perversões afirmando que tratar de algo capaz de absorver toda vida sexual do indivíduo. Em seu trabalho analítico, no entanto, passou a localizar traços de narcisismo em outros distúrbios e a supor que o narcisismo estaria relacionado a uma fase no desenvolvimento sexual de todo ser humano, que envolvia um manejo diferente da libido.

Essa noção de narcisismo enquanto fenômeno componente do desenvolvimento originou-se, não obstante, nos estudos de Freud (1914/2010) sobre a parafrenia (demência precoce e esquizofrenia) e a teoria da libido. Tal teoria prevê que os principais sintomas da parafrenia consistem na megalomania e na perda de interesse pelo mundo externo. Ocorre de modo semelhante com os neuróticos e histéricos, entretanto, Freud (1914/2010) questiona se há mesmo, nesses casos, um abandono completo da realidade – ou, dito de outra forma, do mundo externo -, respondendo negativamente a essa questão.

Freud (1914/2010) afirma que o narcisismo é a retirada da libido do mundo externo para o próprio eu, sem que tal processo seja de um fenômeno novo, uma criação, mas o retorno a uma fase que já existiu. Nas palavras de Freud (1914/2010), “isso nos leva a apreender o narcisismo que surge por retração dos investimentos objetais como secundário, edificado sobre um narcisismo primário que foi obscurecido por influências várias” (*ibid.*, pág. 11).

Freud (1914/2010) aproxima, a princípio, as formas de funcionamento do narcisismo às neuroses e às parafrenias, mas alcança a necessidade de diferenciá-las:

A diferença entre tais afecções [as parafrenias] e as neuroses de transferência eu atribuo à circunstância de que a libido liberada pelo fracasso não fica em objetos na fantasia, mas retorna ao Eu; a megalomania corresponde, então, ao domínio psíquico sobre esse montante de libido, ou seja, à introversão para as fantasias encontradas nas neuroses de transferência; do fracasso desta realização psíquica nasce a hipocondria da parafrenia, análoga à angústia das neuroses de transferência (*ibid.*, pág. 21).

Em outras palavras, a diferença essencial entre a neurose e as parafrenias está no momento em que a libido fixa-se no Eu, ao passo que ambas reagem de forma semelhante ao fracasso do processo de transferência da libido, gerando hipocondria em um caso (nas parafrenias) e angústia no outro (nas neuroses). Nas neuroses, pode-se responder à angústia através de elaborações psíquicas; já no caso das parafrenias, Freud aposta que se possa empregar o que chamou de tentativa de restauração da libido aos objetos, já que acreditava se tratar de um desligamento apenas parcial da libido. Freud (1914/2010) distingue três grupos de manifestações no caso das parafrenias:

1) as de normalidade conservada ou neurose (manifestações residuais); 2) as do processo patológico (de desligamento da libido em relação aos objetos, e também a megalomania, a hipocondria, o distúrbio afetivo, todas as regressões); 3) as de restauração, em que a libido se apegava novamente aos objetos, à maneira de uma histeria (*dementia praecox*, parafrenia propriamente) ou de uma neurose obsessiva (paranoia) (*ibid.*, pág. 21).

No limiar da interpretação que Freud nos traz (1914/2010) neste ponto do seu trabalho, podemos afirmar que, o que emerge como manifestação e simbolismo da doença – o sintoma da parafrenia –, é, na verdade, o esforço psíquico do sujeito para realocar sua libido, que abandonara o mundo externo e seu objeto anterior de amor. Na direção apontada por Freud, a parafrenia, associada ao processo patológico em si, conduz a uma terceira etapa, que é a recondução da libido aos objetos e ao mundo externo – o que caracteriza o processo de cura. Freud (1914/2010) ainda nos indica tal processo em outras palavras em tal trecho:

Nas parafrenias, semelhante elaboração interna da libido que retornou ao Eu é tornada possível pela megalomania; talvez somente com o fracasso desta o represamento de libido no Eu se torne patogênico e incite o processo de cura que aparece para nós como doença (*ibid.*, pág. 20-21).

O narcisismo assume, neste caso, o sentido de uma resposta do sujeito a uma carga libidinal “desinvestida”, sem lugar possível, o que a leva a retornar ao Eu, como já o

fez em determinado ponto do desenvolvimento. Para Freud (1914/2010), o estado de megalomania – próprio das fases narcisistas - constitui parte de um processo que conduz o retorno da libido aos seus objetos “de origem”. Chama a atenção, não obstante, Freud (1914/2010) afirmar, mais uma vez, que o retorno da libido aos objetos, que pode ser considerado uma doença, é, na verdade, o próprio processo de cura.

Desta forma, a partir do que Freud traz em sua obra, nos deparamos com o fato de que não há uma divisão absoluta entre patologia e processo de cura nas psicoses, já que o sintoma é uma resposta a uma questão. No que concerne ao tratamento da psicose, não se trata, em suma, de eliminar o sintoma – já que o sintoma é uma forma de localização do sujeito. Freud já havia nos indicado isso no caso Schreber (Freud, 1911/2010), através do qual pudemos ver a forma em que o delírio deu ao sujeito a possibilidade de reestruturar-se e, com isso, poder viver com sua condição de psicótico. Este é um ponto crucial para esta dissertação, já que o nosso interesse central se relaciona ao trabalho de localização do sujeito na psicose, via através da qual a psicose é capaz de encontrar, a cada vez, uma nova resposta diante das questões que constituem sua condição.

2.4 A psicose em Luto e Melancolia

Freud, em “Luto e Melancolia” (1915[1917]/2010), faz um comparativo entre o que seria luto e melancolia. Descreve o luto como o sentimento próprio proveniente da perda de pessoas queridas e do que chamou de “abstrações” (como pátria, ideais e liberdade), apostando na possibilidade de que a melancolia ocupe o lugar do luto em alguns casos.

Para Freud (1915[1917]/2010), em termos psíquicos, a melancolia é caracterizada por uma perda de interesse pelo mundo externo, através do que chamou de “abatimento profundo”, assim como por uma diminuição do prazer nas atividades, perda da capacidade de amar aos outros e a si mesmo, podendo chegar ao desejo de autopunição. Freud (1915[1917]/2010) descreve melancolia como algo semelhante ao luto, com a diferença de que na melancolia a autoestima é afetada. Em suas palavras:

O luto profundo, a reação à perda de um ente amado, comporta o mesmo doloroso abatimento, a perda de interesse pelo mundo externo — na medida em que não lembra o falecido —, a perda da capacidade de eleger um novo objeto de amor — o que significaria substituir o pranteado —, o afastamento de toda atividade que não se ligue à memória do falecido. Logo vemos que essa inibição e restrição do Eu exprime uma exclusiva dedicação ao luto, em que nada mais resta para outros intuitos e interesses (*ibid.*, pág. 129).

Freud (1915[1917]/2010) descreve o processo de luto afirmando que, ao perder um alguém ou uma posição importante, a libido é retirada de tal objeto amado. Com a convicção de que os humanos não gostam de abandonar uma posição libidinal, Freud admite a possibilidade da produção de um afastamento da realidade e um apego ao objeto perdido, no que chamou de “psicose de desejo alucinatória”. Freud (1915[1917]/2010) afirma que, mesmo que o desligamento da libido seja algo doloroso para o sujeito, a tendência é que se retorne a realidade, que o processo se efetive e permita ao Eu estar livre novamente.

Ao aplicar o processo do luto à melancolia, Freud (1915[1917]/2010) assegura que a melancolia ocorre devido aos mesmos motivos que o luto, como a perda concreta do objeto de amor, consistindo em uma versão patogênica do luto. No entanto, Freud (1915[1917]/2010) sugere tratar-se, na melancolia, de uma perda de natureza mais ideal, como em casos de término de relacionamentos ou mesmo quando não se sabe ao certo o que se perdeu. Nesta direção Freud (1915[1917]/2010) traz um importante comparativo entre os processos de luto e de melancolia: “[...] isso nos inclinaria a relacionar a melancolia, de algum modo, a uma perda de objeto subtraída à consciência; diferentemente do luto, em que nada é inconsciente na perda” (*ibid.*, pág. 130).

Em outras palavras, no luto é sabido o que se perdeu e se sofre devido a essa falta, sendo tal falta proveniente do mundo externo, da falta de alguém ou algo no mundo, o que acarreta a diminuição, ainda que parcial, da libido direcionada ao mundo externo. No caso da melancolia, o que está faltando não está presente na consciência, não se sabe do que se trata, logo a recusa retorna ao próprio Eu, onde ocorre o desinvestimento de libido – e, conseqüentemente, a perda no próprio Eu. Daí as autorrecriações que Freud (1915[1917]/2010) chamou de superação da

pulsão que compele todo sujeito a viver. Nas palavras de Freud: “No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio Eu” (*ibid.*, pág. 130).

Questionando o sentido das autorrecriações da melancolia e estando em contato com casos clínicos, Freud (1915[1917]/2010) se depara com o fato de que os insultos e injúrias atribuídos a si mesmo, são provenientes de acusações a outrem. Em suas palavras:

Ouvindo com paciência as várias autoacusações de um melancólico, não conseguimos, afinal, evitar a impressão de que frequentemente as mais fortes entre elas não se adéquam muito a sua própria pessoa, e sim, com pequenas modificações, a uma outra, que o doente ama, amou ou devia amar. Toda vez que examinamos o fato, essa suposição é confirmada. De maneira que temos a chave para o quadro clínico, ao perceber as recriações a si mesmo como recriações a um objeto amoroso, que deste se voltaram para o próprio Eu (FREUD, 1915[1917]/2010, pág. 132-133).

Na tentativa de descrever o processo de instalação da melancolia, podemos afirmar que há inicialmente uma escolha objetal, ou seja, a libido é direcionada a determinada pessoa; há uma decepção e um rompimento com tal objeto de amor; a libido é então deslocada para outro objeto e o investimento objetal mostra-se pouco resistente e então é interrompido; a libido então, proveniente de tal processo não é deslocada para um terceiro objeto, mas retorna para o Eu, onde apenas serve para identificar o Eu ao objeto abandonado; logo o Eu passa a responder enquanto objeto abandonado. Nas palavras de Freud (1915[1917]/2010):

O investimento objetal demonstrou ser pouco resistente, foi cancelado, mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto, e sim recuada para o Eu. Mas lá ela não encontrou uma utilização qualquer: serviu para estabelecer uma identificação do Eu com o objeto abandonado. Assim, a sombra do objeto caiu sobre o Eu, e a partir de então este pôde ser julgado por uma instância especial como um objeto, o objeto abandonado. Desse modo a perda do objeto se transformou numa perda do Eu, e o conflito entre o Eu e a pessoa amada, numa cisão entre a crítica do Eu e o Eu modificado pela identificação (*ibid.*, pág. 133).

Freud (1915[1917]/2010) admite que há ainda uma relação da melancolia com o narcisismo, concordando com Otto Rank ao dizer que a escolha do objeto pode ter ocorrido sobre base narcísica, de maneira que diante de dificuldades o investimento objetal possa retornar ao narcisismo, como demonstra no trecho a seguir:

A identificação narcísica com o objeto se torna, então, substituto do investimento amoroso, do que resulta que a relação amorosa não precisa ser abandonada, apesar do conflito com a pessoa amada. Tal substituição do amor objetual pela identificação é um mecanismo importante nas afecções narcísicas; Karl Landauer pôde mostrá-la recentemente no processo de cura de uma esquizofrenia. Corresponde, naturalmente, à regressão de um tipo de escolha de objeto ao narcisismo original (*ibid.*, pág. 134).

Se nas parafrenias o retorno ao narcisismo original era a resposta diante do esvaziamento libidinal, como Freud apontara no seu texto sobre a temática, devemos também admitir uma semelhança com a melancolia, na qual a libido “livre” também retorna para o Eu. No entanto, Freud (1915[1917]/2010) ainda mantém-se receoso em afirmar que há predominância de sujeitos que fizeram escolhas objetais narcísicas entre os melancólicos, afirmando a falta de estudos mais aprofundados sobre a temática neste ponto de seu trabalho.

Freud 1915[1917]/2010) localiza a constituição da melancolia enquanto uma parte das características do luto e outra parte da regressão, da escolha de objeto narcísica para o narcisismo. De outra maneira, a melancolia é efeito de uma perda real de um objeto amoroso, e é dependente de um fator que a transforma em patológico: nos casos de predisposição a neurose obsessiva, a ambivalência empresta ao luto a ideia de que o próprio sujeito teria causado/desejado a morte do objeto amado. A melancolia, no entanto, não se restringe a perda do objeto da realidade, já que situações de rompimento, ofensas, traição e demais relações que envolvem relações de amor e ódio, podem propiciar ou reforçar a ambivalência e levar a melancolia. É preciso que lembremos que Freud (1915[1917]/2010) localiza as relações com a ambivalência no inconsciente, descrevendo o funcionamento dessa dicotomia amor-ódio como algo distante da intencionalidade.

O que Freud (1915[1917]/2010) chamou de retorno ao estágio do sadismo seria um derivado da relação de ambivalência. Uma manifestação de tal estado estaria relacionada ao prazer – também inconsciente - no sofrimento dos outros ao estarem diante do seu sofrimento, ou seja, ódio direcionado ao objeto inicial de amor. Essa característica da melancolia justificaria a inclinação ao suicídio. Citando Freud (1915[1917]/2010):

Agora a análise da melancolia nos ensina que o Eu pode se matar apenas quando, graças ao retorno do investimento objetual, pode tratar a si mesmo

como um objeto, quando é capaz de dirigir contra si a hostilidade que diz respeito a um objeto, e que constitui a reação original do Eu a objetos do mundo externo (*ibid.*, pág. 136).

Freud (1915[1917]/2010) localiza na melancolia peculiaridades que o instiga e para a qual não encontra uma explicação final: o fato de a melancolia, de forma semelhante ao luto, desaparecer. Para ambas ele esboça uma justificativa, dizendo que após um exame da realidade, que requer certo tempo, o Eu tem a libido, que antes era direcionada ao objeto perdido, libertada e o fato de a melancolia tender a se transformar em mania, um estado oposto a ela. Sobre este segundo fator, Freud (1915[1917]/2010) nos traz:

A impressão, já comunicada por diversos pesquisadores psicanalíticos, é que a mania não tem conteúdo diferente da melancolia, que as duas afecções lutam com o mesmo “complexo”, ao qual o Eu provavelmente sucumbe na melancolia, enquanto na mania ele o sobrepuja ou põe de lado (*ibid.*, pág. 138).

Ou seja, ambas possuiriam o mesmo conteúdo, distinguindo-se quanto ao fato do Eu sucumbir a sentimentos que conduzem a melancolia, ou não. Freud (1915[1917]/2010) supõe que há na mania a prevalência de sentimentos de júbilo e alegria diante de circunstâncias que tendem conduzir a empolgação, como ganhar uma quantia significativa de dinheiro, e diversas formas de superação de situações de estresse. Como na melancolia, Freud (1915[1917]/2010) fala sobre uma economia de energia na mania, havendo um enorme dispêndio de emoção jubilosa. Freud (1915[1917]/2010) ainda arrisca dizer que o motivo da alegria, a causa do triunfo, é algo desconhecido pelo Eu, estando desta forma, diante de uma exaltação da qual o Eu não conhece a origem. Ele também fala sobre como o estado de mania se localiza próximo ao estado de embriaguez, na medida em que esta for alegre. Em suas palavras: “[...] trata-se provavelmente da suspensão, obtida por via tóxica, do dispêndio com a repressão” (*ibid.*, pág. 138).

Em determinado ponto de seu trabalho, Freud retorna à ideia de que há uma relação mais direta da melancolia – e a mania, como seu estado posterior e constituinte - com o estado de narcisismo, já que a regressão ao Eu é o fator comum predominante dos casos de melancolia. De forma semelhante ao que chegamos acerca do narcisismo, cabe-nos questionar se o retorno da libido ao Eu também não consistiria em uma tentativa de cura.

2.5 Neurose e Psicose

Em seu texto “Neurose e Psicose” (1924/2010), Freud afirma encontrar na prática provas de que tanto a neurose quanto a psicose são resultados de conflitos do Eu. Faz uma importante distinção entre ambas ao descrever a neurose como o resultado do conflito entre o Eu e o Isso, e psicose como o resultado do conflito nos laços entre o Eu e o mundo exterior.

Como exemplo, Freud (1924/2010) cita as neuroses de transferência, nas quais sua experiência dá indícios de que o Eu não aceita realizar o impulso pulsional do Isso, ou contesta o objeto visado por ele, através do recalque. Aquilo que é recalcado retorna então enquanto o sintoma, que ao seguir o caminho de recusa pelo Eu, de forma semelhante à pulsão, decai na neurose. O recalque está em função do que Freud chamou de Supereu, que se origina a partir da influência do mundo externo - chamado por ele de mundo real - do qual o Supereu é a representação e é mais forte do que o Isso e suas manifestações. O Eu é a força que ativa, no recalque, essas manifestações do Isso e que também fortalece o recalque diante das manifestações do contrainvestimento do recalque. Para Freud (1924/2010): “A serviço do Supereu e da realidade, o Eu entrou em conflito com o Isso, e assim ocorre em todas as neuroses de transferência” (*ibid.*, pág. 160).

No que tange à psicose, Freud (1924/2010) cita o exemplo do que Meynert chamou de “amênia”, que seria uma confusão alucinatória aguda - que ele descreveu como a forma mais impressionante e extrema de psicose - na qual o mundo externo não é percebido ou não causa efeito. Freud (1924/2010) atribui essa desconsideração do mundo externo como próprio da psicose, pois nos casos ditos normais o mundo externo causaria no Eu dois tipos de reação: o que seria um conhecimento instantâneo, sempre se atualizando, e o que chamou de acervo “mnêmico”, formado por percepções anteriores do mundo externo, que constituiria o que chamou de “mundo interno” (*ibid.*, pág. 160). Nas palavras de Freud (1924/2010):

Na amênia, não só é excluído o acolhimento de novas percepções, mas também é retirado o significado (investimento) do mundo interior, que até então representava o mundo exterior, como sua cópia; autonomamente o Eu cria um novo mundo exterior e interior, e não há dúvida quanto a dois fatos: de que esse novo mundo é edificado conforme os impulsos de desejo

do Isso, e de que o motivo dessa ruptura com o mundo exterior é uma difícil, aparentemente intolerável frustração do desejo por parte da realidade (*ibid.*, p. 160-161).

Em outras palavras, nesta forma de psicose – amênia - há um rompimento com a realidade que se dá a partir da frustração do desejo com a realidade. A partir disso o Eu cria um novo mundo, interior e exterior, baseando-se nos desejos do Isso. Freud (1924/2010) acredita que há semelhança entre tal forma de psicose e os sonhos, no entanto, a condição prévia dos sonhos é estar no estado do sono, o que afasta o sujeito do mundo externo. No caso das esquizofrenias Freud (1924/2010) fala de um “embotamento afetivo”, no qual há perda total de interesse pelo mundo externo.

No que tange à gênese das formações delirantes, Freud (1924/2010) afirma que:

Sobre a gênese das formações delirantes, algumas análises nos ensinaram que o delírio é como um remendo colocado onde originalmente surgira uma fissura na relação do Eu com o mundo exterior. Se essa precondição, o conflito com o mundo externo, não é muito mais patente do que agora notamos, a razão para isso está no fato de no quadro clínico da psicose as manifestações do processo patogênico serem frequentemente cobertas por aquelas de uma tentativa de cura ou reconstrução (*ibid.*, pág. 160-161).

Nesse sentido, as formações delirantes surgiriam a partir da ruptura do Eu com o mundo externo, atuando no sentido de produzir uma realidade melhor/mais possível para o psicótico. Mais uma vez esbarramos com a importante conclusão de Freud (1924/2010) acerca da real função dos delírios na psicose: a cura e/ou reconstrução de um estado que possibilite ao psicótico existir.

Freud (1924/2010) faz um comparativo entre a irrupção da neurose e da psicose, associando-as à frustração ou a não realização dos desejos infantis. Afirma que tal frustração é sempre externa, podendo vir da representação interna do mundo exterior - enquanto representante da realidade.

O que Freud (1924/2010) chama de efeito patogênico está condicionado ao fato de o Eu permanecer dependente do mundo externo e dominar o Isso. Tal situação, que aparenta ser simples, complica-se devido à ação do Supereu que, nas palavras de Freud (1924/2010) “[...] por um nexos ainda não esclarecido, reúne influências que vêm tanto do Isso como do mundo externo, sendo como que um modelo ideal

daquilo visado por todo o esforço do Eu, a conciliação de suas múltiplas dependências” (*ibid.*, pág. 162).

Freud (1924/2010) admite a existência de afecções que se baseiam num conflito entre Eu e Supereu e que a melancolia seria um exemplo típico desse grupo, nomeado por ele de “psiconeuroses narcísicas”. Neste sentido, Freud (1924/2010) descreve e diferencia três grupos: “A neurose de transferência corresponde ao conflito entre Eu e isso, a neurose narcísica ao conflito entre Eu e Supereu, a psicose àquele entre Eu e mundo exterior” (*ibid.*, pág. 162). A partir de tal diferenciação, Freud afirma poder dividir o aparelho psíquico em Eu, Supereu e isso.

Em “A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose” (1924[2]/2010) Freud nos traz que, tendo em vista o que já havia afirmado acerca da neurose e da psicose, – que na primeira o Eu recalca o Isso por estar fortemente ligado a realidade e na segundo o Eu despende-se da realidade por estar à mercê do Isso – já há perda da realidade na psicose desde o início, ao passo em que a neurose tal perda seria evitada.

Para Freud (1924/2010), tal premissa é questionável diante da experiência clínica com a neurose que, em determinado ponto, perturba a relação do Eu com a realidade. No entanto, Freud (1924/2010) afirma que essa parcial e momentânea perda da realidade na neurose constitui uma das fases na qual o Eu afasta-se a realidade numa ação compensatória do recalçamento do Isso.

Na psicose, também é possível observar duas fases, a primeira arrancaria o Eu da realidade e a segunda tenderia a retificar o dano e restabelecer a relação com a realidade à custa do Eu. O segundo momento, como na neurose, tem uma ação compensatória da perda da realidade, desta vez à custa da relação com o real – na neurose se dá a custa da restrição do Isso. Nas palavras de Freud (1924/2010): “[...] tanto a neurose como a psicose são expressão da rebeldia do Isso contra o mundo externo, de seu desprazer ou, se quiserem, de sua incapacidade de adequar-se à necessidade real” (*ibid.*, pág. 196).

A neurose e a psicose são, portanto, marcadas por uma diferença em seu início, já que seus processos - na tentativa de reparação da relação do Eu com a realidade -

seguem de forma semelhante. Contudo, essa diferenciação inicial reflete em sua manifestação final, já uma parte da realidade é evitada através da fuga na neurose, enquanto tal realidade é remodelada na psicose. Ou seja, segundo Freud (1924/2010): “[...] a neurose não nega a realidade, apenas não quer saber dela; a psicose a nega e busca substituí-la” (*ibid.*, pág. 196).

Na remodelação da realidade na psicose, ocorre o que Freud (1924/2010) chamou de formação dos traços mnemônicos, juízos e ideias, através dos quais ela – a realidade – era representada na vida psíquica em um processo contínuo de transformação. Em relação a isso, Freud (1924/2010) afirma que:

Assim, também a psicose depara com a tarefa de obter percepções tais que correspondam à nova realidade; o que é feito, do modo mais radical, pela via da alucinação. Quando, e muitas formas e casos de psicose, os lapsos de memória, delírios e alucinações mostram caráter bastante grave e se ligam ao desenvolvimento de angústia, isto é sinal de que todo o processo de transformação se realiza contra violentas forças opositoras (*ibid.*, pág. 197).

Neste sentido, Freud (1924/2010) nos mostra que as alucinações, delírios, lapsos de memória e muitas manifestações da psicose correspondem à tentativa de representação da realidade, anteriormente negada, e que estas manifestações estão ligadas ao desenvolvimento da angústia, sinalizando que esse processo se dá mesmo diante a resistência. No entanto, para Freud (1924/2010) “na psicose, provavelmente a porção rechaçada da realidade volta sempre a importunar a psique, como faz na neurose o instinto reprimido, e por isso as consequências são as mesmas em ambos os casos” (*ibid.*, pág. 197). Como podemos observar, ainda que o processo de produção da realidade se realize, mesmo diante de uma carga de angústia, a parte negada da realidade permanece retornando ao Eu e constituindo o processo como algo mais complexo do que um jogo determinado de economia psíquica.

Outra comparação entre neurose e psicose, feita por Freud (1924[2]/2010), relaciona-se ao fato de que falha as tentativas de ambas de restabelecer uma relação com a realidade. Como já foi dito, a distinção básica entre neurose e psicose localiza-se na dependência ao mundo real ou ao Isso. Em Freud (1924[2]/2010):

Na psicose ela [a realidade] cai totalmente no primeiro estágio, que é em si patológico e pode levar apenas à doença; na neurose cai no segundo, no fracasso da repressão, enquanto o primeiro pode ser sucedido, tendo-o sido muitas vezes no âmbito da saúde, embora não sem pagar um preço e deixar traços do dispêndio psíquico exigido. Essas diferenças, e talvez muitas outras, resultam da distinção topográfica na situação inicial do conflito patogênico — se o Eu, nela, cedeu à sua fidelidade ao mundo real ou à sua dependência do Isso (*ibid.*, pág. 197-198).

A neurose encontra também um caminho que se afasta da realidade, que Freud (1924/2010) chamou de fantasia, na qual a realidade indesejada é substituída por outra mais conforme ao desejo e, dessa fantasia, a neurose retira o material para novas construções do desejo, interligados a um passado real mais satisfatório (Freud, 1924[2]/2010, pág. 198). O mundo da fantasia assume papéis parcialmente distintos na neurose e na psicose: na psicose este mundo pretende substituir o mundo da realidade externa; na neurose o mundo da fantasia se apoia na realidade, dando-lhe um lugar diferenciado, um sentido oculto que Freud (1924[2]/2010) convencionou chamar de simbólico. Freud (1924/2010) chama atenção ainda para uma questão além da perda da realidade na neurose e da psicose, localizando-as mais ao lado de uma substituição da realidade.

Com o trabalho de Freud pudemos compreender que a psicose guarda semelhanças com a neurose ao passo em que ambas estão relacionadas a transtornos de ordem afetiva e que ambas são passíveis de uma perda da realidade. Freud compreende, no entanto, que a psicose guarda particularidade e há na psicose um complicador no âmbito do ego, localizando ali a falta de alguma ligação que dificulta a retomada da relação com o mundo externo.

O trabalho realizado por Freud com a obra de Schreber permitiu-o reconhecer as manifestações delirantes enquanto tentativas de um restabelecimento, próprio do sujeito na psicose, o que significou um enorme avanço no tratamento da psicose. Todavia, faz-se necessário ir além da psicanálise freudiana para melhor compreender a psicose e acreditamos que é na obra de Jacques Lacan que podemos nos aprofundar no estudo e no trabalho com as psicoses.

3. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS NOVAS INSTITUCIONALIDADES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Tendo em vista que até o final do século XVIII a loucura era reconhecida enquanto falta moral, sendo isolada e punida, mostra-se necessário buscar conhecer o que tem sido ofertado, em termos de tratamento, para o que agora – e desde o advento da psiquiatria – é conhecido enquanto doença da mente (FOUCAULT, 1961/1978). Visando oferecer outra resposta social ao advento da loucura, movimentos como a Desinstitucionalização Italiana e a Psicoterapia Institucional Francesa, sugeriram terapêuticas próprias para o agenciamento da loucura - que não as coações morais e/ou abandono característicos do modelo manicomial -, campo que passou a ser chamado de Reforma Psiquiátrica (LEONARDIS, MAURI E ROTELLI, 1990; CAVALCANTI, 1992; AMARANTE E ROTELLI, 1992; CAVALCANTI, SERPA JR E VERTZMAN, 1992; PASSOS, 2012).

Chegando ao Brasil, o fenômeno reformista ganhou eco no movimento dos trabalhadores da saúde mental que, em conjunto com as famílias dos usuários dos serviços, reivindicava tratamento digno e efetivo aos acometidos por transtornos de ordem mental (TENÓRIO, 2001; BRASIL, 2005). Nesse contexto é que emerge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivo central da perspectiva da atenção psicossocial.

Em nosso país, são os CAPS as instituições responsáveis por ofertar aos pacientes psiquiátricos espaços e atividades com finalidades terapêuticas e de integração social. Não obstante, ainda que diante de uma estrutura física/legislativa capaz de superar os moldes manicomiais de tratamento, a experiência nos permite enxergar que carece de mais que prédios e leis para garantir a efetividade de um acompanhamento a loucura (CAVALCANTI, 1992; DESVIAT, 1992; TENÓRIO 2001).

Para cernir o lugar social ocupado pela loucura na atualidade é que em este capítulo realizará um levantamento histórico-descritivo das instituições voltadas à assistência em saúde mental, sempre indagando sobre os princípios que presidiram o funcionamento dessas instituições, bem como seus efeitos. Ademais, nos

dedicaremos particularmente ao surgimento, à constituição e a proposta de funcionamento dos CAPS, buscando delimitar sua importância para a superação dos moldes manicomiais de resposta à psicose.

3.1 Um breve histórico da loucura e do surgimento da psiquiatria clássica

Para Foucault (1961/1978) a relação do homem moderno com a loucura passa por aquilo que ele cerniu na idade clássica como a experiência do desatino. Nessa experiência encontravam-se indiferenciadas as formas de crime, de loucura, de doenças contagiosas e de deformidades. Entretanto, a maneira da loucura se relacionar com as outras figuras que compunham a experiência do desatino era paradoxal. Apesar de se localizar imersa no fundo comum da rejeição social, ela era passível de diferenciações. Para FOUCAULT (1961/1978), a loucura na idade clássica guardou o contrassenso de fascinar os cidadãos ditos normais e artistas, configurando uma proximidade com a verdade humana, ao passo que também representava a animalidade que o homem tanto recusava.

A regra geral, no entanto, era a existência de uma loucura passível de ser aproximada e confundida com os crimes, as deformações, as imoralidades e o descumprimento de regras políticas, jurídicas e religiosas. Então, entre os séculos XVI e XVII, tudo o que incomodava a classe social dominante era confinado nos Hospitais Gerais e nas casas de correção. A presença do louco, que era inicialmente aceita pela população, ao multiplicar-se pelas cidades e tornar-se algo que perturbava o cotidiano da população, leva ao surgimento do apelo para livrar-se dos responsáveis pela desordem (FOUCAULT, 1961/1978).

Nesse contexto, o cartesianismo contribuía para subjugação da loucura através da valorização da razão, sendo a figura do louco aquele que não é capaz de dizer sobre nada, nem mesmo sobre si, sendo seu único destino possível o isolamento da internação. É também Descartes que, em seus escritos, fazia a oposição entre desatino e ética, por considerar a loucura e as demais formas desatinadas de existência uma escolha do sujeito (FOUCAULT, 1961/1978).

Para além de livrar-se da presença incômoda dos denominados desatinados, a internação utilizava-se da imposição de parâmetros morais para se justificar. A sexualidade sempre esteve ligada às formas de imoralidade e, assim como a loucura, mostrou-se capaz de ameaçar a então emergente família burguesa e os preceitos religiosos por ela defendidos (FOUCAULT, 1961/1978).

Mesmo que tratada de forma indiferenciada, a loucura destacava-se diante das demais formas de desatino pelo escândalo que causava. Em momentos de maior agressividade e descontrole, os insanos recebiam tratamentos ainda piores e eram acorrentados e/ou isolados. Havia uma valorização da proximidade da loucura com a animalidade, pois a sociedade recusava-se a reconhecer o louco como humano, buscando justificar os tratamentos desumanos que despendia aos acometidos (FOUCAULT, 1961/1978).

Aos poucos a diferença entre os loucos e as demais formas de desatino foi tornando-se evidente, e a loucura foi permanecendo encarcerada na internação, enquanto as outras formas tomavam outros rumos, como a liberdade e o encaminhamento para prisões. O Estado, sendo o principal responsável pelas internações, se fazia presente através de decisões jurídicas, anulando o saber médico e não permitindo que este se desenvolvesse e se ocupasse das principais decisões nas instituições. Entretanto, a medicina se fazia presente, não enquanto saber hegemônico, mas enquanto saber sobre a saúde dos internos. Os possuidores de alguma patologia, de outra ordem, que não mental, aos poucos eram encaminhados para outros espaços de tratamento ou eram libertos (FOUCAULT, 1961/1978).

Foucault (1961/1978) traz que, no decorrer da Idade Clássica, as internações cresciam em proporção inversa a capacidade de internação. Com a Revolução Francesa, as instituições de internação eram utilizadas para isolar também prisioneiros de guerra, inimigos políticos, além dos já alvos, os desatinados. Todos esses fatores, juntamente com a crise econômica vigente no continente Europeu, contribuíram para que os governantes percebessem que as internações geravam gastos que o Estado não estava sendo capaz de manter. Ficou evidente também que havia, em meio aos internos, pessoas economicamente “utilizáveis”, capazes de

trabalhar. Foi então que os pobres foram libertos da internação, para serem utilizados por outras formas de exploração.

O fato histórico em que Philippe Pinel desacorrenta os loucos - que consagrou a primeira manifestação do fenômeno denominado “Reforma Psiquiátrica”⁶ - é entendido por Foucault (1961/1978) a partir de outros parâmetros. O terreno em que ocorreu a “Reforma Psiquiátrica” pineliana estava receptivo a mudanças, mas alterar a realidade dos loucos não se tratava de algo inédito e sim de um movimento esperado. Havia um apelo social para um dispêndio de melhores tratamentos aos loucos, assim como a necessidade de dar conta do fenômeno da loucura, o que não vinha acontecendo nos modos clássicos de internamento.

Tal como Pinel, Samuel Tuke propõe alternativas à internação convencional, que já no século XIX apenas tinha como público os insanos. A loucura ganha um estatuto médico e passa a ser classificada enquanto doença mental. O ápice da apropriação patológica da loucura ocorre quando Phillipe Pinel chega à direção do grande Hospital Geral francês Bicêtre, símbolo das instituições destinadas à reclusão da loucura. Os então vigentes tratamentos despendidos aos internos a partir das novas alternativas - tanto as formas asilares propostas por Pinel, quanto os retiros propostos por Tuke - são diferenciados das formas clássicas, abandonando os maus tratos físicos como única forma de coação. Todavia, o que Pinel e Tuke acreditavam ser a resposta ideal para as manifestações da loucura acabavam por envolver, lamentavelmente, além da agressão, a persuasão emocional como formas de controle (FOUCAULT, 1961/1978).

Ainda segundo o Foucault (1961/1978), a medicina passa a ser, então, o saber hegemônico das internações vigentes do século XIX, mesmo que tais profissionais não possuíssem nenhum saber próprio sobre os loucos, como o possuíam em relação às patologias de outra ordem. Ou seja, mesmo que a loucura se encaixasse no estatuto de doença, a figura do médico era utilizada apenas como forma de coação moral, já que tal profissional representava, e ainda representa em muitos casos, autoridade, alguém que pode dizer sobre você por conhecer sobre sua

⁶ É Fernando Tenório em seu livro “A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica” (2001) quem articula o ato de Pinel de desacorrentar os loucos ao termo “reforma”.

saúde. O que Foucault (1961/1978) aponta como algo comum entre Pinel e Tuke é que ambos inauguram a ideia de “interiorização da alienação”, apostando que a “cura” consistia em desenvolver formas melhores para lidar com a loucura.

Mesmo nas propostas reformistas que deram a loucura o status de doença mental, é possível perceber, no decorrer do tempo e ainda na atualidade, vestígios de pensamentos classicistas acerca dos loucos. Há sempre uma associação da loucura com o mal, com a intencionalidade, com aquilo que deve ser trancafiado e escondido, sendo em poucos casos percebida como uma patologia passível de tratamento e cuidados.

A partir do século XIX foi possível traçar, mais uma vez, a relação da loucura com a verdade do homem. Nos próprios sintomas da loucura há uma movimentação no sentido de estabelecer-se a normalidade, sendo necessária para isso uma figura de referência, ou seja, alguém considerado não-louco. Entretanto, segundo Foucault (1961/1978), há uma proximidade da loucura com o que há de verdadeiro no homem, ou seja, com sua verdade oculta. É nesse cenário que a psicologia surge desvendando-se, na dialética do homem na busca de sua verdade, na necessidade de um outro racional. Contudo, em tal comunicação, a loucura mantém-se sem voz e sem justificativa.

3.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Considerando o que Foucault (1961/1978) nos traz sobre a história da psiquiatria clássica, é possível afirmar que as formas de internação, como as propostas por Tuke e Pinel, assim como as empregadas anteriormente à primeira manifestação da Reforma Psiquiátrica, configuraram a principal ação praticada no trato com a loucura do século XVI ao XIX. O tratamento da loucura estava subordinado aos parâmetros socioculturais pelos quais a loucura era julgada, com base nos seus sintomas e no incômodo que eles causavam na, então, “normalidade”. Como aponta Fernando Tenório (2001) “o que estudamos sob o nome de história da loucura é, na verdade, a história das respostas sociais à loucura” (*ibid.*, p. 17). Nada mais condizente com o pensamento da época do que livrar-se da presença perturbadora dos loucos, destinando-os à internação.

Apesar de, como nos aponta Foucault (1961/1978), o nascimento da psiquiatria ter engendrado uma espécie de reforma – na medida em que propôs a “libertação”⁷ dos internos entre o final do século XVIII e início do XIX –, seus parâmetros vem se alterando conforme a dinâmica social do período pelo qual a noção de reforma perpassa. A psiquiatria vem, desde seu nascimento, associando-se com a noção de internação como principal forma de tratamento.

Segundo Birman (1992), foi o próprio reconhecimento da loucura enquanto patologia que tirou do louco o estatuto social de cidadão, ou seja, “[...] foi com base no mesmo discurso da enfermidade mental que se autorizou também a exclusão social dos doentes mentais e a destituição correlata de seus direitos sociais, isto é, sua condição de cidadania plena” (*ibid.*, p. 73). O estatuto médico dado à loucura trazia consigo a necessidade de tutela, que, conseqüentemente, excluía o louco enquanto sujeito da dinâmica social, como alguém que possuísse razão e vontades. O autor nos diz, ainda, que mesmo na ausência de cidadania, ao menos teoricamente, a condição do doente mental tratava-se de algo reversível, caso este - não por seu próprio desejo, já que este não possuía valor - se submetesse ao isolamento asilar como forma de “terapêutica moral” (BIRMAN, 1992, p. 75).

O que leva nome de Reforma Psiquiátrica assumiu diversas facetas ao longo da história. Pode-se dizer que até mesmo o sistema manicomial, implementado no governo de Getúlio Vargas, surge como fenômeno reformista (TENÓRIO, 2001). No entanto há uma Reforma Psiquiátrica que começou a se tornar vigente no Brasil no final do século XX e que deve ser diferenciada das outras pela amplitude de suas respostas clínico-institucionais. É sobre ela que nos debruçaremos a partir de agora.

Segundo Tenório (2001), na dinâmica social de meados da década de 1970, a emergência da então nova democracia lançou sobre a saúde mental a necessidade de reformulação da realidade dos sujeitos obrigatoriamente tutelados. Em outras palavras, a sociedade brasileira queria ver-se livre de tudo aquilo que remetia aos moldes totalitários ao qual o país estava exposto até aquele momento, culminando no reconhecimento do então louco encarcerado como cidadão de direitos. Tal

⁷ Como aponta Foucault (1961/1978), a reforma realizada por Pinel se estendia apenas aos pacientes que conseguiam se adequar aos padrões de normalidade esperados no final do tratamento.

mudança na imagem e no trato para com os loucos não se deu de forma pacífica, uma vez que existia, desde Descartes, a questão da desrazão na loucura e, em contraposição, a valorização social exacerbada da razão.

Tenório (2001) diz que a principal e atual finalidade da Reforma Psiquiátrica é “[...] a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social” (*ibid.*, p. 11). Consistindo em um movimento clínico, político, social, a Reforma Psiquiátrica é, substancialmente, uma luta pela cidadania do louco. Os diversos espaços institucionais como ambulatorios, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), as residências terapêuticas, as internações assistidas como alternativas à internação asilar, são os meios através dos quais essa luta é empreendida.

Apesar da condição sócio-histórica ter moldado a realidade da saúde mental brasileira de maneira específica, é possível dizer que a saúde mental no Brasil teve a influência de dispositivos externos, como a psicoterapia institucional francesa, a desinstitucionalização italiana, as comunidades terapêuticas inglesas e a psiquiatria preventiva-comunitária norte-americana (TENÓRIO, 2001, p. 25). Abordemos um pouco tais dispositivos a fim de caracterizar a Reforma psiquiátrica da qual estamos falando.

Conforme Tenório (2001), as comunidades terapêuticas foram as que mais influenciaram o sistema vigente no Brasil entre os anos de 1960 e 1970. Entretanto, sua atuação mostrou fracassada, já que o sistema manicomial, então atuante, absorveu o que lhe interessava e manteve as formas de tratamento desumanas. As comunidades terapêuticas pautavam-se na psicanálise enquanto aparato conceitual, mas logo foram associadas aos moldes manicomiais.

Tendo como principal propulsor Gerald Caplan, a psiquiatria preventiva-comunitária norte-americana inaugura no Brasil a noção de saúde mental como o oposto de doença mental, assim como sugeriam comunidades no lugar das formas asilares de internação. Eles propunham também a necessidade de prevenir a doença mental, como algo mais importante do que tratá-la. Buscavam possíveis causas do “adoecimento mental” ou do processo inverso, no intuito de manipular as circunstâncias e/ou fatores genéticos em prol da saúde mental. Ao invés da cura,

apostavam na adaptação social do louco interno como forma de tratamento (TENÓRIO, 2001). Para além de uma atuação médica, tal modelo operava na ação social (CAVALCANTI, 1992, p. 114).

Nos Estados Unidos, a partir da década de 1960, a busca pelo fim dos hospitais psiquiátricos ganha outra conotação. O Estado, representado pelos governantes, enxerga a internação em hospitais como um gasto exacerbado, buscando com a desinstitucionalização ações mais econômicas. Para tal fim, pacientes psiquiátricos são expulsos dos hospitais e abandonados à sorte nas ruas e/ou em instituições asilares com condições insalubres (CAVALCANTI, 1992). CAVALCANTI (1992) ainda nos alerta para como a desinstitucionalização, tão almejada por alguns atores da Reforma Psiquiátrica brasileira, no contexto norte-americano assumiu um retrocesso no que concerne ao trato com os pacientes. Em suas palavras, “não se trata de defendermos o asilo pelo asilo, mas apontar para o perigo de uma política de desinstitucionalização feita com outros interesses que não uma melhor assistência aos doentes” (*Ibid.*, p. 123).

No que concerne à filiação prático-conceitual, é possível dizer que a Reforma Psiquiátrica sofreu influência de duas correntes, parcialmente opostas: a desinstitucionalização italiana, que propunha ultrapassar e abandonar a clínica psiquiátrica, centrando-se na questão político-social do louco (ROTELLI, LEONARDIS E MAURI, 1990; VERTZMAN, CAVALCANTI E SERPA JR., 1992; CAVALCANTI, 1992; TENÓRIO, 2001); e a psicoterapia institucional francesa, que acreditava que há na loucura especificidades que apenas a clínica era capaz de abordar (CAVALCANTI, 1992; PASSOS, 2009).

Como aponta Cavalcanti (1992), a Desinstitucionalização italiana “[...] tem como fundamento o fim dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição completa, e não apenas parcial, por serviços na comunidade” (*ibid.*, p. 129). Iniciada em 1971, em Trieste, por Franco Basaglia e sua equipe, o movimento de Desinstitucionalização Italiana influenciou imensamente a reforma psiquiátrica no Brasil (ROTELLI E AMARANTE, 1992). São os italianos que trazem a ideia da loucura como uma questão de “existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social” (*ibid.*, p. 52) e que falam da necessidade do cuidado no lugar da busca por cura. A reforma

psiquiátrica italiana enxerga nos espaços de exclusão, asilo, tutela e maus tratos, um problema social como tantos outros e que carece de alterações. A movimentação ideal no cenário psiquiátrico, para os reformistas italianos, seria a extinção total dos espaços hospitalares destinados à psiquiatria, passando a inserir a questão dos loucos ao conjunto das demais questões sociais (CAVALCANTI, 1992).

A autora ainda afirma que, para tais reformistas:

[...] se a reforma do asilo se faz necessária, ela se dá apenas como o primeiro passo de uma reforma mais ampla, a reforma da própria sociedade, que se realiza pela negação do trabalho realizado no primeiro passo, ou seja, a negação do asilo, ainda que reformado (*ibid.*, p. 130).

O trabalho de negação das instituições não se contrapunha ao estatuto médico da doença mental, muito menos à psiquiatria. O que objetivavam Basaglia e seus seguidores era, nas palavras de Rotelli e Amarante (1992):

[...] a construção de novas possibilidades, de novas formas de entender, de lidar e de tratar a loucura. [...] [visando findar o] mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (*ibid.*, p. 44).

A aproximação entre os impasses relacionados ao sistema manicomial e a condição social dos internos se mostra bastante coerente, já que, de certa forma, tais questões se entrelaçavam. Em muitos casos, o louco permanece em internamento, mesmo sem necessidade psiquiátrica, por não dispor de suporte social e econômico para manter-se longe do asilo. Mostrou-se, assim, impossível pensar as questões sociais dos pacientes concomitante às internações em moldes manicomiais. Foi dessa maneira que, a partir de 1976, na Itália, propôs-se a implementação do que se chamou de centros externos, em detrimento dos antigos hospitais psiquiátricos. Tais centros consistiam em espaços de “socialização”, direcionados a acompanhar os doentes e dar-lhes suporte para bem conduzirem suas vidas (CAVALCANTI, 1992).

Espaços foram sendo criados e, segundo a autora,

[...] a tentativa é a de se criarem estruturas que substituam todas as funções do velho asilo, sem necessariamente isolar o paciente. Busca-se um acompanhamento que possibilite a vida do paciente o mais próximo

possível da comunidade, inclusive dando condições a ele de subsistência, a partir do trabalho nas cooperativas (CAVALCANTI, 1992, p. 136).

A principal crítica tecida por Cavalcanti (1992) à Desinstitucionalização Italiana concerne à invalidação da clínica no trato com a loucura e dos avanços alcançados com pacientes através da psiquiatria e da psicanálise, negando as especificidades das patologias mentais. Nessa direção, pode-se dizer que o que se nega com a desinstitucionalização é a especificidade da clínica com os pacientes psicóticos, uma vez que tratam esses pacientes apenas como “vítimas sociais” - tal como pode se considerar a população de rua, os criminosos, viciados, entre outros desprezados pela sociedade. Negar a condição clínica da loucura é, portanto, negar um tratamento que auxilie o louco a conviver com sua condição de existência, destinando-o a cronificação e ao isolamento, ainda que fora de instituições.

Nesse sentido, um ponto importante para se pensar criticamente é até que ponto os lugares alternativos aos hospitais psiquiátricos estão isentos de reproduzir formas asilares de tratamento, apenas por estarem inseridos em espaços comunitários. Em outras palavras, como esses locais alternativos podem deixar de assumir um caráter manicomial? O que configura uma prática manicomial? Certamente a lógica manicomial ultrapassa os espaços cercados com grades e o modo asilar de tratamento, instalando-se, principalmente, na forma como se enxerga a loucura e no lugar que se oferece ao louco e aos seus sintomas na dinâmica social.

É inegável as contribuições que a Desinstitucionalização Italiana trouxe para a reforma psiquiátrica em geral, alertando para a necessidade de auxiliar na manutenção da dimensão social do louco.

Tal autora fala ainda da evolução da Desinstitucionalização Italiana, que vai de uma negação de todas as instituições em direção a uma Instituição Inventada, que responde a partir da demanda que cada operador enxerga na realidade dos usuários. Tal prática visa percorrer com os usuários um caminho que lhes possibilite a restituição de algum sentido, sua identidade, seu lugar de sujeito social, evitando, ou ao menos amenizando, a cronicidade dos casos (CAVALCANTI, 1992, p. 142).

Já, a partir de influências da Psicoterapia Institucional Francesa, é possível afirmar com Vertzman, Cavalcanti & Serpa Jr. (1992), que:

Uma instituição psiquiátrica, desde que adquira uma disposição capaz de acolher e escutar esse indivíduo com uma organização psíquica particular, pode ser um legítimo lugar de tratamento e tecido de vida para determinados sujeitos. (...) a instituição que mencionamos de forma nenhuma pode ser confundida com o asilo (*ibid.*, 1992, p 18).

Para Passos (2012), a Psicoterapia Institucional Francesa surge enquanto proposta teórico-prática, com intuito de transformar a instituição psiquiátrica a partir de dentro dos hospitais. Ela divide-se em basicamente duas vertentes históricas: a sugerida por François Tosquelles e a sustentada por Jean Oury. Entretanto, ambas “[...] posicionam-se pela defesa da manutenção de um espaço especial de acolhimento e convívio intra-estrutural para pessoas com sofrimento psíquico” (PASSOS, 2012, p. 21).

Tosquelles foi um espanhol, marxista, que, durante a Segunda Guerra Mundial, fugindo do fascismo na Espanha, mudou-se para França e acabou por infiltrar-se num campo de concentração nazista. Obtendo êxito em sua atuação como psiquiatra de tal campo, foi convidado a trabalhar no hospital psiquiátrico de Saint-Alban (PASSOS, 2012, p. 23).

Tosquelles buscou resgatar o que considera benéfico da proposta inicial de asilo. Como Pinel, defendeu a existência de asilos e enxergou-o como um lugar de acolhimento, cuidado e cura, investindo na possibilidade de uma terapêutica. Tosquelles, além de utilizar-se da psicanálise enquanto aparato conceitual, propôs a reformulação da relação dos funcionários com os pacientes por meio de princípios da psiquiatria comunitária, visando que os fenômenos ali ocorridos configurassem algo terapêutico (VERTZMAN, CAVALCANTI & SERPA JR., 1992, P. 20). Entretanto, a influência de lutas sociais e políticas se fez presente no discurso e na atuação de Tosquelles, ultrapassando uma aposta apenas clínica (PASSOS, 2012, p. 24). Tal autora nos traz um bom exemplo:

[...] as atividades de trabalho em que se envolviam os pacientes [...] eram, em geral, vinculadas a uma possibilidade de rendimento real, de utilidade e intercâmbio com o meio social mais próximo, isto é, com fábricas, empresas e atividades agrícolas [...] Isto propiciava uma troca real entre pacientes e

habitantes, numa multiplicação de percursos e espaços de convivência, dentro do espírito de “levar” as pessoas a frequentarem o asilo. [...] Tosquelles se inspirava [...] numa longa tradição de cooperativa de operadores catalães [...] [que] tinham um lastro histórico no secular movimento social e sindical espanhol [...] (*Ibid.*, p. 25).

No que Passos (2012) chamou de “movimento de socialização do asilo”, Tosquelles pregava a valorização do espaço terapêutico e a necessidade que a loucura tivesse um espaço que a protegesse. Passos (2012) nos introduz a ideia de Gallio e Constantino (*Ibid.*, p. 25-26), que falam de uma “fobia da loucura”, própria de todos os humanos e de como a partir disso se torna impossível uma atuação direcionada para loucura apenas na comunidade.

O que foi proposto inicialmente por Tosquelles se dissemina e acaba por assumir também novas formas. Em 1952, tais práticas, aproximadas pelas semelhanças nas atuações em hospitais psiquiátricos, são reunidas pelo nome de Psicoterapia Institucional. Para Tosquelles, neste momento, o que ele originalmente criou perde-se, no que, nas palavras de Passos (2012):

[...] no cooperativismo do movimento da psiquiatria de setor. [...] A medida que a setorização ganha ambições de política pública planificadora, perde seu vínculo mais fundamental com as ideias originais da Psicoterapia Institucional (*Ibid.*, p. 27).

Oury afirma que “[...] a psicoterapia institucional pode ser considerada como a elaboração das condições necessárias para poder trabalhar” (VERTZMAN, CAVALCANTI & SERPA JR., 1992, P. 23), considerando não só as condições patológicas “orgânicas” dos indivíduos, mas as condições “patologizantes”, enquanto condições externas que contribuem para atenuação e/ou cronificação do estado do paciente e dificultam o acesso às suas questões. Podemos citar como exemplo as condições precárias de sobrevivências, relações complexas, falta de terapêuticas. É nesses pontos que a psicoterapia institucional visa atuar, melhorando o conjunto de condições (internas e externas) em benefício do sujeito psicótico.

Passos (2012) diz que a Psicoterapia Institucional Francesa não se findou no período afirmado por Tosquelles. Para tal autora, os trabalhos de Félix Guattari, principalmente os em conjunto com Gilles Deleuze, na década de 1960, tecem uma importante crítica à psicanálise, o que ela acredita auxiliar na “sofisticação teórico-

política nos dispositivos institucionais da Psicoterapia Institucional” (PASSOS, 2012, p. 29). Admite-se, entretanto, que a Psicoterapia Institucional perde forças em detrimento das teorias de setor.

Oury, em 1993, afirma a impossibilidade de se sustentar as propostas iniciais da Psicoterapia Institucional levando em consideração o cenário político social francês (PASSOS, 2012). Relações de autoridade presente em diversos contextos inviabilizariam a realização efetiva de uma análise institucional, principalmente por consistir em um movimento de autocritica, capaz de causar finalização ou total transfiguração da instituição na qual ocorre, e tal maleabilidade não ser sempre possível. Para Passos (2012), a lógica própria da proposta inviabiliza sua real aplicação enquanto política (*ibid.*, p. 30).

Passos (2012) afirma que a política de setor voltou-se principalmente para as questões de higiene e organização dos hospitais, assim como para a multiplicação de serviços externos, o que não configura como algo negativo em si. Entretanto, tais iniciativas comprometeram questões que, para a Psicoterapia Institucional, eram de importância primordial, como a relação entre médicos e pacientes (*ibid.*, 2012 p. 30).

Tal autora afirma que a principal questão dos institucionalistas, no que se refere à política de setor, é o temor que se finde o que há de imprescindível nos asilos e se sustente o nocivo das instituições psiquiátricas, que são as relações hierarquizadas de autoridade e as formas de alienação dos pacientes, já prejudicados por suas condições patológicas - o que é o contrário daquilo que propôs Tosquelles.

Como se pode ver, os asilos deram à psiquiatria práticas que se fazem necessárias em determinados momentos do tratamento em saúde mental, como o cuidado e a observação do quadro clínico, mas também heranças negativas das primeiras instituições psiquiátricas, como as relações de autoridade, a redução da patologia aos sintomas, os maus-tratos, a medicalização e a contenção como únicas formas de atenção despendidas aos pacientes.

Antes propriamente de se constituir o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, as críticas dirigidas à realidade manicomial no Brasil se limitavam aos exageros e

aos abusos existentes, bem como aos maus-tratos despendidos aos internos, mas não se voltava à psiquiatria e suas formas asilares. Foi neste contexto que, em 1978, criou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que, em busca de direitos trabalhistas e com reivindicações humanitárias, conseguiu forças para posteriores lutas, até culminar na criação do movimento antimanicomial (TENÓRIO, 2001).

Surge, nos anos de 1980, o “movimento sanitário”, que atuou na valorização da saúde pública e na melhoria das condições de internação (BRASIL, 2005). Tal iniciativa propôs também alternativas às formas asilares, que não foram acolhidas no primeiro momento, tendo como eficácia imediata apenas a melhoria dos dispositivos já existentes. Naquele momento, existiam forças contrárias atuando nas reformulações no sistema manicomial, sendo elas as instituições privadas financiadas pelo Estado (TENÓRIO, 2001).

Encontros que reuniam trabalhadores em saúde mental, que acreditavam na necessidade de melhorias do cuidado em saúde mental, atuaram no sentido de mobilizar um maior número de envolvidos com a situação dos doentes mentais (como os familiares), bem como em propor uma reformulação legislativa a favor de direitos que garantissem melhores condições de tratamento aos pacientes (BRASIL, 2005). Junto aos profissionais, os familiares tornaram-se mais interessados e comprometidos com o tratamento, mostrando-se capazes de pensar alternativas à realidade complexa dos pacientes. No que concerne ao campo legislativo, as leis tramitaram por bastante tempo, até serem aprovadas, somente em 2001, após tentativas de alteração pelos defensores das formas asilares conservadoras (TENÓRIO, 2001).

Cavalcanti (1992) e Tenório (2001) trazem o relato de três dispositivos alternativos ao tratamento asilar, que, como nos aponta também Brasil (2005), constituíram o berço para a nacionalização da atenção psicossocial. São estes a Casa de Saúde Anchieta, em Santos, o CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo e os programas desenvolvidos em Angra dos Reis. A Casa de Saúde Anchieta consistiu em uma clínica privada, financiada pelo poder público, promotora de práticas manicomiais, que ao ser denunciada por maus tratos, no ano de 1989, tornou-se responsabilidade

do poder público, logo sendo reestruturada, tendo o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) como eixo.

O caso paulistano consistiu na criação, em 1987, do primeiro CAPS em moldes parecidos com os atuais, baseando-se na clínica para prestar assistência aos usuários e aos seus familiares, nos diversos âmbitos sociais que cercam o paciente, não apenas no que se refere à saúde. Em Angra do Reis - RJ houve uma movimentação por parte do poder municipal no sentido de findar as internações. Criou-se um serviço semelhante ao CAPS, o CAIS (Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental), assim como uma enfermaria de curta permanência psiquiátrica no hospital geral da cidade. Tal prefeitura ainda estimulou o retorno de seus cidadãos, internos em manicômios de cidades próximas, oferecendo assistência às famílias que os recebessem ou moradia nos casos onde não era possível o retorno para a família. Tais exemplos serviram para ilustrar a possibilidade de se por a Reforma Psiquiátrica em prática (TENÓRIO, 2001).

Maria Tavares Cavalcanti, em sua dissertação intitulada de “O Tear das Cinzas: Um mundo sobre as relações entre Psicose e Instituição Psiquiátrica” (1992) entrevistou funcionários e pacientes das então nascentes instituições de atenção em saúde mental, assim como de um hospital psiquiátrico que conservara os moldes asilares, a Colônia Juliano Moreira (CJM). As instituições entrevistadas foram o Hospital-Dia do IPUB, a Casa Hospital-Dia, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Santos e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em São Paulo.

O que tal pesquisa nos mostra é que as falas dos usuários dos novos serviços relatavam mudanças positivas em suas condições, principalmente em comparação às experiências anteriores em instituições asilares de internação. Tais pacientes, assim como os funcionários, reconheciam o espaço, a equipe e sua estruturação como imprescindível para manutenção de um tratamento eficaz. Já pacientes da CJM apresentavam um discurso de conformismo com a cronicidade de seus casos, assim como de dependência medicamentosa e do espaço de internação, tratando-os como única forma de subsistirem (CAVALCANTI, 1992).

Com base em seu levantamento, Cavalcanti (1992) afirma a possibilidade de se tratar os psicóticos com artifícios para além da administração medicamentosa e da contenção mecânica. Tal autora nos fala da importância da utilização dos conceitos das clínicas psiquiátrica e psicanalítica para a construção de uma prática capaz de acompanhar o psicótico em sua multidimensionalidade.

Cavalcanti (1992), ademais, sustenta em sua dissertação, a afirmação de que apenas o paciente é capaz de indicar o caminho que deve ser seguido para levá-lo a um estado estável e a uma existência mais confortável, com base em sua singularidade, (*ibid.*, p. 334). A autora nos remete a necessidade de atuação no Coletivo - utilizando para tal termo o sentido dado por Oury e que se refere à valorização daquilo que cada um de um conjunto traz de singular.

A década de 1990 representou grande avanço para a reforma psiquiátrica brasileira, já que foram promulgadas leis em favor da criação de alternativas à internação asilar. Com o intuito de diminuir leitos desses espaços, houve esforços a favor de realocar os recursos públicos para os serviços de atenção psicossocial, os ambulatorios, os hospitais-dia e hospitais gerais. Os leitos em hospitais psiquiátricos passaram a ser regidos por leis, tornando-se necessários o cumprimento de diversos requisitos para continuarem existindo. Os leitos em hospitais gerais representam uma redução no tempo de internação, assim como a desvinculação do doente mental com o ambiente manicomial. Submetendo, entretanto, o paciente à condição hospitalar, limitando a sua circulação e o subordinando a hegemonia médico-biológica. Sendo assim, desde então, todas as opções de acolhimento noturno servem de complemento para os programas de atenção psicossocial (TENÓRIO, 2001).

Houve uma alteração significativa no número de leitos em hospitais psiquiátricos em tal período, tendo um crescente número de espaços privados recebendo financiamento público (TENÓRIO, 2001). Assim, a proposta da reforma psiquiátrica em diminuir os leitos psiquiátricos configurou apenas uma tendência, não superando a prevalência das internações. Ainda segundo o autor, a participação social representou um fator importante, pois o envolvimento popular significou uma inovação no pensamento acerca da loucura e seus estigmas. Os usuários do

sistema de saúde mental e seus familiares passaram a cobrar a criação e a efetivação de leis e ações em prol de tal área da saúde que ultrapassassem a intervenção psiquiátrica, desenvolvendo-se assim um sistema assistencial mais organizado e atuante, com representação legal.

Como dissemos, ainda na década de 1990, a maioria das instituições psiquiátricas era de origem privada, sendo financiada por verbas públicas. Constituindo um sistema empresarial, tais hospitais visavam lucro e logo emergiram casos de internações desnecessárias, com intuito único de abusar financeiramente dos consórcios. Em meados de tal década, foram criados, primeiramente no Rio de Janeiro, os Pólos de Emergência Psiquiátrica, pelos quais todos os encaminhamentos de internação deveriam passar, no intuito de controlar e evitar os excessos. Tal iniciativa permitiu a coleta de dados, não apenas clínicos, dos pacientes, mas também sociodemográficos, auxiliando na criação do esboço territorial da região, assim como na assimilação de dados sobre algumas instituições. Com base em tais resultados coletados, foram produzidos relatórios que auxiliavam na identificação de casos de maus-tratos e situações insalubres dos hospitais. Tais relatórios também foram úteis para prestar suporte social aos pacientes, encaminhando-os para serviços existentes, assim como estimulando a criação de novos serviços assistenciais de atenção psicossocial, em detrimento das formas convencionais de tratamento asilar (TENÓRIO, 2001).

3.3 Os Centros de Atenção Psicossocial

A atenção psicossocial surgiu com o objetivo de auxiliar os pacientes psiquiátricos a lidarem com questões que abarcam todos os âmbitos de sua vida, em detrimento de antigas formas de tratamento despendidas aos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005). Como já apontamos, os dispositivos que compõem a rede de atenção psicossocial são os ambulatórios, os hospitais-dia, as instituições de permanência noturna (podendo ser hospitais-noite, bem como hospitais gerais), residências terapêuticas, lazer e trabalho assistidos. Entretanto, o carro chefe de tal movimentação são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (TENÓRIO, 2001; BRASIL, 2005).

Se as internações em instituições psiquiátricas advieram de um problema social da Idade Clássica e da pretensão de se livrar da presença incomoda dos vadios, bandidos, desprovidos de razão e demais desatinados (FOUCAULT, 1961/1978; TENÓRIO 2001), e se Pinel, com o advento da Psiquiatria, buscou tornar a internação uma resposta terapêutica a nascente noção de doença mental (FOUCAULT, 1961/1978), diferentes dessas ações, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como principal proposta dar outra resposta social ao problema da loucura, que não exclusivamente a internação e a medicalização. O principal espaço organizador e promotor de tais ideais da reforma foram os CAPS (TENÓRIO, 2001).

Os CAPS foram instituídos nacionalmente pela Portaria 189 de 1991 e regulamentados pela Portaria 224 de 1992. A regulação da Lei 10.216, não obstante, ocorreu apenas em 2001. O texto aprovado em 2001 era diferente em relação à proposta, não sendo capaz de extinguir de forma imediata as internações de cunho manicomial. Mas, associada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, tal lei foi a garantia de sustentação das formas de cuidados aos pacientes de saúde mental, o que, conseqüentemente, veio reduzindo paulatinamente o número de leitos psiquiátricos em instituições de cunho manicomial (BRASIL, 2005).

Os CAPS são divididos com base no porte, na capacidade de atendimento, pela clientela atendida e de acordo com o perfil dos usuários. Os CAPS I são indicados para cidades com população entre 20 e 50 mil habitantes, contando com o mínimo de nove profissionais, entre dos de nível médio e superior, funcionando cinco dias na semana e podendo atender em média 240 pessoas adultas com transtornos mentais mensalmente (BRASIL, 2005)

O CAPS II é passível de existir em cidades com mais de 50 mil habitantes, podendo contar com 12 profissionais, funcionando também cinco dias semanais e podendo atender em torno de 360 pacientes mensalmente. Na atualidade há também o CAPS III, passível de existir em cidades com mais de 200 mil habitantes, capaz de oferecer aos pacientes acolhimento noturno quando necessário por até sete dias, funcionando todos os dias da semana, durante as 24 horas do dia e devendo contar com, no mínimo, 16 profissionais, além da equipe noturna, sendo capaz de atender a 450 usuários por mês (BRASIL, 2005).

Existe também em municípios com mais de 200 mil habitantes o CAPSi, semelhante ao CAPS II, porém com tratamentos voltados para crianças e adolescentes com transtornos mentais. Com estrutura semelhante ao CAPS II há também o que se denominou CAPSad, destinado ao tratamento de dependentes químicos e alcoolistas (BRASIL, 2005). No estado no Espírito Santo, na cidade de Vitória há um CAPS destinado ao atendimento de crianças e adolescentes dependentes químicos, nomeado aqui de CAPSadI (BRASIL, Portaria 336, 2002).

Nas palavras de Tenório (2001), tal dispositivo de acompanhamento diário deve contar com atendimentos “[...] individual; [em] grupos (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família e “atividades comunitária enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social” (*ibid.*, p. 124).

Como principais recursos terapêuticos do CAPS, existem os atendimentos individuais, como o psiquiátrico (com manipulação medicamentosa ou não), psicoterápico (psicanalítico ou não), musicoterapia, atendimento com a família (quando se faz necessário), oficinas terapêuticas (produtoras de objetos e renda, ou não) e acompanhamento terapêutico. A escolha das atividades nas quais o paciente participará é realizada em cada caso, sendo decidida pela equipe e/ou pelo próprio usuário (TENÓRIO, 2001).

Tal autor ainda nos fala da importância da instituição tomar partido do paciente, oferecendo-lhe, para além das atividades propostas, o que lhe for necessário, com base na singularidade do seu caso, como um auxílio jurídico, assistencial, entre outras formas de pendências extra-clínicas que os pacientes tenham. Além disso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) traz a importância da associação entre a rede de saúde mental e a atenção primária à saúde, representada pelos serviços de mapeamento desempenhado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), vinculada às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada território (*ibid.*, p. 34).

O que é denominado pelos CAPS como oficinas terapêuticas, varia de conteúdo e finalidade na situação de cada paciente. As oficinas podem abordar diversos pontos, como a produção de comida e objetos, o autocuidado, o desenvolvimento e/ou

aprimoramento de habilidades sociais e possibilidade de contato, a estimulação física e até mesmo o lucro financeiro. É difícil saber de antemão o efeito de cada tipo de oficina para cada participante, se irá atuar em favor de seu tratamento ou não. O que Tenório nos afirma, não obstante, é que, no caso dos psicóticos, a variedade ofertada nas oficinas é a aposta que alguma delas seja capaz de “[...] circunscrever os termos de sua existência” (TENÓRIO, 2001, p. 133), servindo-lhe de ponto de ancoragem. Nesse sentido, a possibilidade de criação, sustentada pelas oficinas, pode assumir função semelhante à do delírio, de maneira que, em casos assim, a oficina é capaz de atuar como dispositivo de produção de sujeito.

Tenório (2001) nos indica que “[...] a experiência dos CAPS demonstra que as diferentes atividades, oficinas e recursos da instituição são modos diversos de ligação do sujeito ao trabalho de encaminhar sua vida” (*Ibid.*, p. 136). Tenório (2001) também diz que até mesmo a psicanálise admite que o tratamento da psicose carece de mais do que a clínica convencional é capaz de oferecer, apostando na completude da proposta de atenção psicossocial.

Ainda que a dimensão analítica seja passível de existir sem a ação psicossocial, isso não coloca as duas em antinomia. Ao contrário, a questão justamente é de que modo a psicanálise, em articulação com a atenção psicossocial, é capaz de propor o tratamento da psicose sob uma perspectiva não manicomial. A atuação psicossocial possui como objetivo a redução do número de internações, uma nova resposta social ao louco, como um ambiente preparado para recebê-lo em sua singularidade, assim como possibilitar ao paciente estar em seu ambiente da forma mais adaptada possível. Já a análise, no seu convite do paciente à palavra, não possui os mesmos objetivos terapêuticos que o fenômeno reformista, entretanto, seu efetivo acontecimento propicia, a nosso ver, tais efeitos sociais como produto secundário (TENÓRIO, 2001).

Como demonstramos no decorrer do capítulo, no que concerne ao tratamento despendido aos pacientes psiquiátricos no Brasil, a psiquiatria surgiu enquadrando-os aos moldes de internação manicomiais, destinando a eles apenas o isolamento e a medicação como alternativa, tanto durante o internamento, quanto fora das instituições. Tenório (2001) afirma que as dificuldades de tal modalidade de

tratamento concernem ao fato dela ser incapaz de gerar alterações positivas no estado do louco, destinando-o a ciclos de internação em instituições e a cronificação dos casos. Tal modelo, denominado hospitalocêntrico, pode ser chamado também de sintomatológicos, pois o que é observado no paciente são apenas seus sintomas, sendo despendidas a eles tentativas de “silenciamento” como única forma de “tratamento”. Além das condições insalubres, os pacientes de tais instituições são destinados a serem subjugados pela sua condição patológica, sendo vítimas de um saber insuficiente que os limita ao lugar social de “doente crônico”.

É preciso dizer, no entanto, que o impulso de “calar o sintoma” não é próprio dos hospitais psiquiátricos. Todas as instituições em saúde mental, até mesmo as novas institucionalidades da Reforma Psiquiátrica, são passíveis de decair na atuação errônea de ignorar os sintomas e querer livrar-se de ações incômodas advindas dos pacientes (TENÓRIO, 2001).

Ao se pensar nas novas instituições que a Reforma Psiquiátrica brasileira propõe, em detrimento do sistema manicomial, também é natural se deparar com o dilema entre tutela e cuidado, como nos aponta Tenório (2001). O trato para com os pacientes psicóticos é difícil uma vez que, diante de comportamentos aparentemente desorientados, da iminência de surtos, das dificuldades nas interações sociais, cabe ao profissional não utilizar de formas tutelares de tratamento.

Mesmo que de forma implícita, a concepção atual sobre a loucura é influenciada e possui resquícios do pensamento clássico, ou seja, o louco como não-humano, perigoso, sendo necessário livrar-se da presença deles. Mesmo que tal ideia seja atravessada pela noção de doença, há uma responsabilização do louco e um apelo social para afastá-lo do convívio, ainda que por parte da população (TENÓRIO, 2001).

Tenório (2001) aponta a tensão existente entre tutela e cuidado como “[...] fundamental de qualquer iniciativa que pretenda tratar sem segregar” (*Ibid.*, p.52). O autor ainda fala da criação de alternativas “clínicas e extra-clínicas” que dêem conta dos casos psiquiátricos utilizando-se o mínimo das internações. Tenório (2001) cita como exemplo “[...] à criação de espaços de sociabilidade, como trabalho protegido

e lazer assistido, e às iniciativas de afirmação na cultura de outra representação social para a loucura” (*Ibid.*, p. 52). Tais alternativas objetivam não apenas oferecer alternativas de tratamento ao louco, mas criar na população outra visão sobre a psiquiatria e seus pacientes (TENÓRIO, 2001).

Tenório (2001) propõe como estrutura na reformulação da clínica psiquiátrica a reintrodução do louco na sociedade a partir de uma organização de sua vida longe da internação, de uma forma que também lhe seja subjetivamente possível, contando com o apoio clínico, institucional, assim como com a referência territorial.

Tendo cernido a atuação psicossocial nas políticas públicas de atenção à saúde mental, os recursos e a importância dos CAPS, bem como o histórico das respostas sociais à loucura no decorrer dos últimos séculos, é possível afirmar que é necessário mais do que uma legislação condescendente e estruturas físicas que divergem dos antigos hospitais psiquiátricos para garantir um tratamento que supere os moldes manicomiais. Tenório (2001) nos aponta para a importância de considerar aspectos particulares de cada usuário dos serviços na elaboração de seus tratamentos. Identificamos ainda a importância da atuação clínica nas atuais instituições que visam trabalhar com a loucura. Sendo assim, nos aprofundaremos no aspecto clínico do trabalho em saúde mental no próximo capítulo.

4. A NOÇÃO ESTRUTURAL DAS PSICOSES E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

No decorrer de tal estudo, nos deparamos com questionamentos que emergiram sempre a partir de uma dúvida motriz: quais as condições necessárias para que o tratamento ofertado à psicose nas atuais instituições de saúde mental, inclua, dentre as suas mais diversas ações, a dimensão do sujeito?

Com intuito de delinear apontamentos que nos auxiliassem nos problemas provenientes do tratamento das psicoses, realizamos, primeiramente, um percurso pelas elaborações de Freud acerca das psicoses e, posteriormente, uma descrição do que tem sido ofertado enquanto lugar social e respostas institucionais à psicose, desde a idade clássica até os dias atuais.

Observando que Freud chega ao limite do que o desenvolvimento da sexualidade esclarece sobre a psicose e apostando que a leitura lacaniana da constituição do sujeito é uma contribuição fundamental a este estudo, somos conduzidos ao ensino de Lacan para analisar o que podemos extrair dele para o problema aqui levantado. Nosso percurso pelo trabalho de Lacan se concentrará em seu seminário denominado “As Formações do Inconsciente” (1957-58/1998). ministrado entre os anos de 1957 e 1958.

Lacan retoma a clínica freudiana afirmando a importância da linguagem e da fala para a delimitação estrutural das neuroses e das psicoses. Em suas palavras, “quanto mais nos aproximamos de nosso objeto, mais nos apercebemos da importância do significante na economia do desejo, digamos, na formação e na informação do significado” (LACAN, 1957-58/1998, p. 150). É, portanto, em seu retorno a Freud que veremos, com Lacan, a importância do significante na delimitação estrutural das neuroses e das psicoses.

4.1 O Nome-do-Pai e a *Verwerfung*

No decorrer da palestra ministrada em 08 de Janeiro de 1958, Lacan (1957-58/1998) retoma a importância do Nome-do-Pai para a neurose e os efeitos da ausência desse significante no caso da psicose. É nesta lição que Lacan aborda esses conceitos que são fundamentais para a delimitação estrutural da neurose e da psicose, ou seja, o Nome-do-Pai e, por conseguinte, a Forclusão.

Lacan (1957-58/1998) inicia sua fala fazendo referência à comunicação científica, feita um dia antes, pela Sra. Pankow⁸, que abordou a gênese do distúrbio psicótico segundo Bateson⁹. Bateson afirma que nas relações da criança com a sua mãe há um elemento discordante que é “o fato de a comunicação se apresentar sob a forma de um *Doublebind*, uma relação dupla” (*ibid.*, p.150). Nessa relação, o sujeito é colocado, a princípio, diante de duas mensagens simultâneas, gerando um impasse. O exemplo utilizado pela Sra. Pankow, segundo Lacan, é “[...] se respondo a declaração de amor que minha mãe me faz, provoco seu afastamento, e, se não lhe dou ouvidos, isto é, se não lhe respondo, eu a perco” (*ibid.*, p.150-151).

Lacan não lê de maneira simplista a apreensão que a Sra. Pankow faz desse momento de discordância nas relações da criança com a mãe, não considerando, por exemplo, tal relação como centrada em uma experiência factualmente vivida. De saída, Lacan afirma que a noção de comunicação usada por Pankow, já se remete ao problema da significação colocada em jogo na relação da criança com a mãe. Como diz Lacan (1957-58/1998), nesse caso,

Trata-se de alguma coisa que concerne ao Outro, e que é aceita pelo sujeito de tal maneira que, se ele responder a respeito de uma coisa, sabe que, por isso mesmo, será acuado acerca de outra (*ibid.*, p.150).

Em outras palavras, Lacan afirma que no *Doublebind* há uma “verdadeira dialética do duplo sentido”, ou seja, há duas mensagens simultâneas de significação, que coloca o sujeito em uma situação de impasse. Lacan, no entanto, ressalta que, se

⁸ Gisela Pankow (1914-1998) foi uma psicanalista alemã.

⁹ Gregory Bateson (1904-1980) foi um biólogo, antropólogo e etnógrafo norte americano, que se especializou no estudo da comunicação e da linguagem, interessando-se principalmente no que tange a sociologia, psiquiatria e psicologia.

não podemos deixar de pressentir que as significações criam esse impasse supostamente desconcertante para sujeito psíquico, isso não se deve a experiência ocasionada pelos impasses das significações, mas pela falta de algo que funda a própria significação, ou seja, o significante.

Desta maneira, Lacan afirma que a questão das psicoses coloca-se para além de uma falha e/ou limitação no plano das significações, apontando para o que, no significante, cumpre papel constitutivo, estruturante, para o sujeito. Trata-se para Lacan (1957-58/1998) “de alguma coisa que se coloca como conferindo autoridade à lei” (ibid. p. 151). É nesse ponto do seminário que Lacan introduz o que denomina de a função da lei no nível do significante, ou seja, o texto da lei, a lei simbólica:

Não é a mesma coisa dizer que uma pessoa deve estar presente para sustentar a autenticidade da fala e dizer que há alguma coisa que autoriza o texto da lei. Com efeito, o que autoriza o texto da lei se basta por estar, ele mesmo, no nível do significante. Trata-se do que chamo de Nome-do-Pai, isto é, o pai simbólico. Esse é um termo que subsiste no nível do significante, que, no Outro como sede da lei, representa o Outro. E o significante que dá esteio à lei, que promulga a lei. Esse é o Outro no Outro (LACAN, 1957-58/1998, p. 152).

Lacan (1957-58/1998) remete ao mito do assassinato do pai para ilustrar a relação paterna e o significante que representa o Outro no Outro como sede da Lei. A referência de Lacan é ao texto “Totem e Tabu” (1913), onde Freud constrói o mito do pai primevo. Em tal mito, os irmãos de uma horda primitiva, ao serem impedidos de acessar sexualmente as mulheres do bando por um pai tirano - que as possuía com exclusividade - o assassinam. Aquilo que lhes era impedido pela violência do pai, no entanto, não é franqueado por sua morte. O assassinato do pai, ao invés de liberar a interdição às mulheres do mesmo bando/família, coloca-o de maneira mais radical. A partir do parricídio, nenhum dos irmãos assume o lugar desse pai tirano, ao passo que o lugar do pai, enquanto simbólico, passa a ser instituído enquanto sede da lei. O mito do assassinato do pai indica, portanto, que é morto, ausente, que o pai se faz representante da lei, sendo uma instância simbólica, que representa a lei. Dito de outra forma, é o símbolo do pai, o Nome-do-Pai, mais do que a pessoa que ocupa esse lugar, que representa a lei.

Assim, o Nome-do-Pai, como o significante que funda a lei, que representa o interdito, é um significante essencial. Nas palavras de Lacan: “Ele é o significante que significa que, no interior desse significante, o significante existe” (LACAN, 1957-58/1998, p. 153). Dessa maneira, é preciso haver um significante que signifique que o significante existe, de modo que a existência de um significante está apenas a sua significação pelo Nome-do-Pai.

Uma vez delimitada a importância do significante na função simbólica do pai para a estruturação do sujeito, Lacan afirma que pode haver faltas na cadeia significante. A qual falta Lacan se refere, e qual é a sua relação com a função paterna?

Lacan chama atenção para a distinção que há entre as funções da *Verwerfung*¹⁰ e *Verdrängung* em relação ao Outro. Na *Verdrängung*, ainda que falte um significante na cadeia significante, que o significante não permaneça, que esteja para além do alcance, a cadeia significante permanece agindo, ainda que a ela não seja atribuída nenhuma significação. Já no caso da *Verwerfung*, ao invés do significante permanecer no Outro como recalcado, o que ocorre é a não inscrição do significante essencial – o Nome-do-Pai – na cadeia significante.

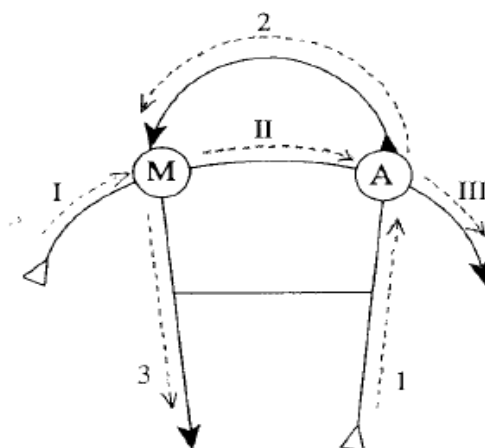
Lacan (1957-58/1998) recorre à palavra *Verworfen* para fazer uma analogia entre o espaço do inconsciente e o espaço tipográfico. Da mesma forma que no espaço tipográfico sempre falta uma letra, Lacan afirma que um significante pode faltar no espaço do inconsciente, como o significante primordial Nome-do-Pai. Essa falta no espaço do inconsciente é, para Lacan, a forclusão, operação em jogo na estrutura das psicoses (*ibid.*, p. 153).

Lacan (1957-58/1998) aponta para a importância da função do Nome-do-Pai na constituição estrutural do sujeito, como garantia da interdição necessária para a emergência de um sujeito no simbólico. É a dimensão de um Outro que autoriza que o sujeito advenha na linguagem a partir do reconhecimento da criança como não

¹⁰ Lacan (1955-56/1981) situa, na obra de Freud, o momento em que ele usa o termo *Verwerfung* (forclusão), principalmente no texto “História de uma neurose infantil (O homem dos lobos)” (Freud, 1918[1914]/ 2010), em que Freud diferencia *Verwerfung* da *Verworfen* (denegação) e da *Verdrängung* (recalque). Por localizar uma distinção do que ocorre na neurose é que Freud faz uso de um termo distinto, mas é Lacan (1955-56/1981) quem associa a *Verwerfung* a uma falta própria da psicose.

sendo objeto da mãe. Vemos que na *Verdrängung* a falta de um significante qualquer não impede a ação da cadeia significante, no entanto, se o significante ausente for o Nome-do-Pai vemos o que corresponderia à estrutura psicótica, que Lacan chamou de forclusão do Nome-do-Pai.

Figura 1 - Relação do emergente sujeito com o Outro



Fonte: Lacan (1957-58/1998), p. 94.

Com o grafo acima, Lacan (1957-58/1998) demonstra que a satisfação do desejo está condicionada à concordância entre a cadeia significante articulada na fala do sujeito e o encadeamento signifiante no nível do Outro. Ele articula, não obstante, a importância não apenas de que o Outro responda uma intenção primordial de um ego, mas que o sujeito seja ouvido para além do que diz. É nesse “para além da mensagem”, ratificado pelo Outro, que se situa o desejo.

O que acontece em Mensagem (M) é o que se apresenta como significado, algo próprio da transformação do desejo por sua passagem pelo significante: o desejo se manifesta e passa pelo significante, o que justifica as duas linhas se entrecruzarem, ou seja, para corroborar a ideia de que o desejo se manifesta e passa pelo significante (LACAN, 1957-58/1998, p. 154).

Dessa forma, o significante cumpre uma função na economia dialética do desejo, atuando como via pela qual o desejo se expressa, de forma que o desejo atravessa a cadeia significante e, no ponto de encontro com a linha do significante, encontra com o Outro. Nas palavras de Lacan (1957-58/1998):

Ele encontra o Outro, disse-lhes eu, não como uma pessoa, mas o encontra como tesouro do significante, como sede do código. É aí que se produz a refração do desejo pelo significante. O desejo chega como significado, portanto, diferente do que era no começo, e é por isso não que sua mulher é muda, mas que seu desejo é sempre cornudo. Ou melhor, é você quem é cornudo, você próprio é traído, uma vez que seu desejo deitou-se com o significante. Não sei como me conviria articular melhor as coisas para fazê-los compreendê-las. Toda a significação do esquema está em fazê-los visualizarem o conceito de que a passagem do desejo - como emanção, como ressaltado do ego radical - pela cadeia significante introduz, por si só, uma mudança essencial na dialética do desejo. [...] a partir do momento em que se fala com alguém, existe um Outro, um outro Outro em si, como sujeito do código, e que já nos encontramos submetidos à dialética de "corneação" do desejo (*ibid.*, p. 154-155).

O significante sustenta e fundamenta o desejo do sujeito ao remetê-lo ao lugar do Outro, de forma que a relação com o Outro está relacionada e condicionada à cadeia significante. Nesse sentido, a relação dos sujeitos com a linguagem e, conseqüentemente, a relação do ego com o outro está condicionada a relação com um Outro – Outro enquanto sede de um código, que modula a relação com o próprio desejo. Assim, o desejo só pode ser decifrado enquanto código a partir da sua relação com esse Outro.

A relação do desejo com a decifração primária do código se remete ao Outro, ou seja, no que tange a satisfação do desejo, tudo depende do que acontece no ponto A do grafo, inicialmente descrito como lugar do código e que, nas palavras de Lacan (1957-58/1998):

[...] pela simples realidade de sua estrutura de significante, traz uma modificação essencial para o desejo no nível de sua transposição de significante [...] Verifica-se que qualquer satisfação possível do desejo humano vai depender da concordância entre o sistema significante, tal como articulado na fala do sujeito, [...] do sistema do significante como assentado no código, isto é, no nível do Outro como lugar e sede do código (*ibid.*, p. 155).

A noção de um desejo condicionado à cadeia significante, ao Outro enquanto sede do código, é uma das noções que possibilita a leitura psicanalítica das estruturas. Assim, para que o sujeito se constitua enquanto desejante, é necessário haver a invocação de um Outro. Nessa direção, é possível afirmar, com Lacan, que o lugar simbólico denominado “Outro” - enquanto tesouro do significante, depósito do

significante primordial – é o elemento essencial para que o sujeito se funde no simbólico. Ou seja,

Também o Outro tem, além dele, esse Outro capaz de dar fundamento à lei. Essa é uma dimensão que, é claro, igualmente da ordem do significante, e que se encarna em pessoas que sustentam essa autoridade. Que essas pessoas faltem, vez por outra, ou que haja carência paterna, por exemplo, no sentido de o pai ser imbecil demais, não é o essencial. O essencial é que o sujeito, seja por que lado for, tenha adquirido a dimensão do Nome-do-Pai (LACAN, 1957-58/1998, p. 162).

Essa afirmação refere-se à sustentação do Nome-do-Pai como Outro no Outro, como citado anteriormente. Para enfatizar a importância do lugar do Outro na constituição do sujeito, Lacan (1957-58/1998) faz a leitura e o uso do termo “Tu” enquanto significante de apelo ao Outro, como fala plena e o que Lacan (1957-58/1998) chamou de “a fala como fundadora na história do sujeito” (*ibid.*, p. 157). Principalmente na combinação do “Tu” com a frase “Tu és aquele que me seguirás”, que, diferente de “Tu és aquele que me seguirá”. Em “Tu és aquele que me seguirá” há uma constatação acompanhada de uma conotação negativa, como demonstra Lacan (1957-58/1998) “Tu és aquele que me seguirá sempre, e estou farto disso” (*ibid.*, p. 157). Já na frase “Tu és aquele que me seguirás”, há no “s” da palavra “seguirás” a função de invocação, condicionando o “Tu” à satisfação do meu desejo ao seu ser. Nas palavras de Lacan (1957-58/1998):

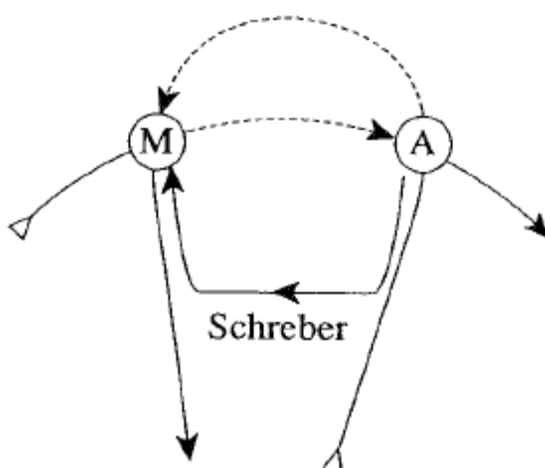
A invocação exige, é claro, uma dimensão inteiramente diversa, ou seja, que eu faça meu desejo depender do seu ser, no sentido de te convidar a entrar na via desse desejo, seja ele qual for, de maneira incondicional (*ibid.*, p. 157).

Com exemplo do “Tu”, Lacan (1957-58/1998) indica que a função do Outro é introduzida pela fala. A invocação não é apenas chamar o Outro e esperar uma participação; trata-se de dar ao Outro a voz que desejamos que ele tenha, de evocar o que se está presente. É no nível da fala, no entanto, que a invocação se coloca, por se tratar de uma voz que se articule com o nosso desejo. Desta maneira, Lacan (1957-58/1998) sublinha que a satisfação da demanda, na medida em que depende do Outro, está condicionada às trocas ocorridas entre mensagem e código e permite que a mensagem seja autenticada pelo Outro no código (*ibid.*, p. 159).

Já podemos afirmar que na constituição de um sujeito, sua entrada no mundo simbólico e a relação com o seu próprio desejo está apenas a um sujeito anterior, um Outro, alguém que autorize sua existência por meio da afirmação do desejo. Vimos ainda que há o Outro do Outro, enquanto representante da lei, o Outro do próprio tesouro do significante. Há neste Outro do Outro a função de lei, de interdito. Este Outro do Outro é o Nome-do-Pai, ou seja, o significante que garante ao sujeito sua entrada no simbólico e a possibilidade de ser algo além de objeto de desejo da mãe. Tendo também já esclarecido que a forclusão do Nome-do-Pai está relacionada à estrutura psicótica, cabe-nos indagar como se organiza a cadeia significante diante a ausência do significante paterno? Como se comporta a relação da mensagem e do código? E a relação do sujeito psicótico com o Outro?

A figura 2 indica os efeitos da *Verwerfung* do Nome-do-Pai na cadeia significante, delineada por Lacan em referência ao caso Schreber. Nesse grafo, Lacan afirma o significante primordial enquanto ausente, de modo que as ligações da mensagem para o código e do código para a mensagem tornam-se impossíveis. Para Lacan (1957-58/1998), é a falta desse significante que permite a emergência dos fenômenos de vozes vivenciados por Schreber (*ibid.*, p. 160).

Figura 2 - A falta do significante primordial e a formação delirante



Fonte: Lacan (1957-58/1998), p. 160.

Lacan (1957-58/1998) esclarece que:

[...] se esse oco ou esse vazio aparece, é por ter sido evocado ao menos uma vez o Nome-do-Pai – é na medida em que o que foi chamado num dado momento no nível do Tu foi, justamente, o Nome-do-Pai como aquele que é capaz de ratificar a mensagem, e que, por isso mesmo, é a garantia de que a lei como tal se apresente como autônoma. É esse o ponto de báscula, de virada, que precipita o sujeito na psicose (LACAN, 1957-58/1998, p. 160).

Lacan (1957-58/1998) afirma que o vazio na psicose só aparece diante de ao menos uma evocação do Nome-do-Pai. Tal afirmação atua de forma complexa, tendo em vista que a marca da psicose é ausência do significante Nome-do-Pai. Dito de outra forma, a ausência do significante primordial inviabiliza a localização do lugar do Outro, a divisão entre o eu e o Outro. Para exemplificar essa operação, Lacan relata o caso da paciente que, ao dizer “Eu venho do salsicheiro”, viu surgir de um Outro que passava por ela a palavra “porca”¹¹, como resposta ao que havia articulado. É a relação complexa que se dá entre a mensagem e o Outro, na ausência do significante primordial (*Ibid.*, p. 161).

Para Lacan (1957-58/1998) mostra-se importante articular a distinção entre o Nome-do-Pai e o pai real. Uma vez que um nome nunca passa de um significante como qualquer outro, a importância de ter o nome não garante que se tenha acesso ao Nome-do-Pai.

Na lição proferida em 15 de Janeiro de 1958, nomeada de “A Metáfora Paterna”, Lacan (1957-58/1998) inicia abordando as questões estruturais no que tange às formações do inconsciente. Nesse sentido, Lacan retorna ao complexo de Édipo, descrevendo o processo pelo qual se dá, a castração, seus diferentes efeitos nas meninas e nos meninos, bem como o funcionamento do complexo de Édipo Invertido. O que nos interessa em tal lição, no entanto, é delinear o que é a metáfora paterna. Mas o que Lacan estaria nos indicando ao afirmar que o pai é uma metáfora? Este pai, a que Lacan se refere enquanto metáfora, é o mesmo pai da castração no Complexo de Édipo?

¹¹ Este caso é relatado por Lacan na palestra proferida em 07 de Dezembro de 1955, nomeada posteriormente de “Eu Venho do Salsicheiro”. Trata-se de uma paciente paranóica que havia escutado de maneira delirante, proveniente de um homem considerado por ela alguém leviano, a palavra porca, após ter proferido a frase “Eu venho do salsicheiro”. Tal caso, citado por Lacan (1957-58) ilustra a relação paradoxal entre a mensagem e o Outro na ausência do significante primordial na estruturação do sujeito.

Nas palavras de Lacan (1957-58/1998), “Uma metáfora [...] é um significante que surge no lugar de outro significante. Digo que isso é o pai no complexo de Édipo. [...] O pai é um significante que substitui um outro significante” (*ibidi.*, p. 180). Nesse sentido, a função do pai no complexo de Édipo é simbólica, o pai é o significante substitutivo para o significante materno.

A mãe é o primeiro contato da criança com o mundo, desde a proximidade física, passando pela fonte de nutrição, até a inserção no simbólico. É a figura materna que determina e media inicialmente o laço social do nascente sujeito. Levando-se em consideração que a figura paterna representa a lei nas operações simbólicas, a afirmação acerca da metáfora paterna constituir-se metáfora enquanto substitui a figura materna no simbólico, é possível conceber que é enquanto metáfora, ou seja, substitutivo do significante materno, primário, que o Nome-do-Pai opera.

4.2 Os três tempos do Complexo de Édipo

Na palestra proferida em 22 de Janeiro de 1958, bem como na proferida em 29 de Janeiro de 1958, Lacan (1957-58/1998) baliza o complexo de Édipo em três tempos. Apresentaremos, a partir de agora, os três tempos em que o Édipo opera, no intuito de delimitar a função do Nome-do-Pai e sua falta na estrutura das psicoses.

Para Lacan, o primeiro tempo do Édipo se situa na busca da criança por satisfazer o desejo da mãe e ser seu objeto. A mãe, neste primeiro momento, segue em busca de seu desejo, havendo uma identificação especular da criança com o objeto de desejo da mãe.

Chamada por Lacan (1957-58/1998) de “etapa fálica primitiva”, nessa fase a metáfora paterna opera por si só, ou seja, sem necessitar da presença efetiva do pai, uma vez que a primazia do falo já se encontra instaurada pela existência da lei e do símbolo no discurso da mãe. Afirmando que o filho pode vir a ocupar o lugar do falo para a mãe e implicando a própria mãe enquanto sujeito daquilo que terá sido seu atravessamento pelo Complexo de Édipo, Lacan (1957-58/1998) afirma que o falo corresponde ao objeto de desejo da mãe (*Ibid.*, p. 190). Tal lugar pode ser

ocupado também por outros objetos no decorrer da vida da mulher, mas é na maternidade e nas relações parentais que a função do falo evidencia-se em sua constituição estrutural enquanto sujeito.

Essa fase “fálica primitiva” concerne, portanto, na relação da criança com o desejo da mãe que, como diz Lacan, “é um desejo de desejo” (Lacan, 1958-57, p. 205). A constituição da função materna garante que seu desejo seja desejado por um outro desejo, sendo a mãe aquela que ocupa o lugar de um primeiro Outro para a criança. Em outras palavras, esse é o momento em que a criança se dá conta que a mãe pode estar presente ou ausente e, diante disso, ela mesma, a criança, não pode lhe ser indiferente (*Ibid.*, p. 206).

Como já apontamos, Lacan (1957-58/1998) atenta para o fato da mãe ter tido mais tempo para elaborar o lugar do falo em seu desejo, de forma que o falo encontra-se. “enquanto eixo de toda dialética subjetiva”: O falo, para Lacan, ocupa um lugar fundamental na estrutura da linguagem, sendo o objeto que circula de todas as maneiras na cadeia significante (*Ibid.*, p. 206).

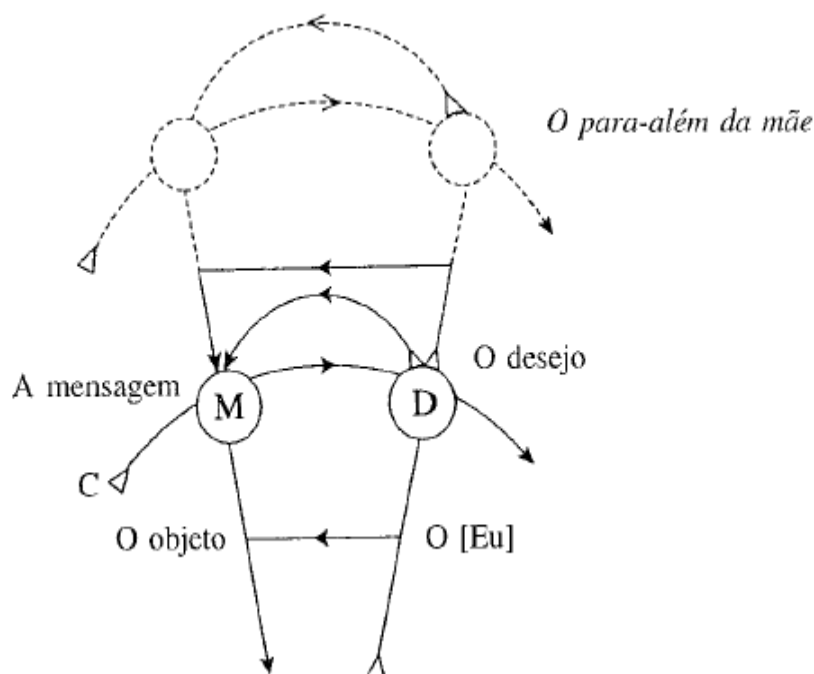
No significante, podemos contentar-nos em situá-lo [o falo] assim – é um objeto metonímico. Em virtude da existência da cadeia significante, ele circula de todas as maneiras, como o anel no jogo de passar o anel, por toda parte do significado - sendo, no significado, aquilo que resulta da existência do significante. A experiência nos mostra que esse significado assume para o sujeito um papel preponderante, que é o de objeto universal (LACAN, 1957-58/1998, p. 207).

Com metonímia, Lacan designa o deslocamento do objeto na cadeia significante. Ou seja, o falo é o objeto que ocupa uma função capital no significado na medida em que é aquele que se desloca através do encadeamento significante. Considerando que o falo se encontra mais elaborado no lado da mãe, dado que ela supostamente já atravessou as fases edípicas de sua própria constituição subjetiva e encontra-se em um nível mais avançado na relação com seu próprio desejo, é a partir da mãe e da relação dela com o falo que se estabelece a relação da criança com esse objeto, inicialmente, o mesmo da mãe. Dito de outra maneira, a criança deseja o desejo da mãe ao passo em que se identifica com o próprio objeto de desejo. Só a partir de uma relação fálica mais elaborada - que é como a relação da mãe com seu objeto

de desejo se apresenta para a criança - torna-se possível então a emergência de um novo sujeito que estabelecerá a própria relação com o falo.

O desejo da criança, uma vez que se encontra apenas ao desejo da mãe, só encontra saída quando a criança torna-se o próprio objeto de desejo da mãe, como indica o grafo a baixo:

Figura 3 - Relação com o desejo da mãe



Fonte: Lacan (1957-58/1998), p. 209.

Nesta representação, a criança estaria em C. No [Eu] ainda não há nada, já que a constituição do [Eu] como discurso não se completou. Em D estaria o desejo esperado da mãe e o M representa a mensagem enquanto resultado do encontro do chamado da criança com a mãe enquanto Outro. O que está em pontilhado é o que há para além da mãe. Nas palavras de Lacan (1957-58/1998):

É necessário e suficiente que o [Eu] latente no discurso da criança venha aqui, em D, constituir-se no nível do Outro que é a mãe - que o [Eu] da mãe torne-se o Outro da criança, que o que circula no nível da mãe em D, na medida em que ela mesma articula o objeto de seu desejo, venha em M cumprir sua função de mensagem para a criança, o que supõe que, no final das contas, esta renuncie momentaneamente a seja lá o que for que é sua fala própria, mas não há dificuldade nisso, porque sua fala própria, nesse momento, ainda está basicamente em formação. A criança, portanto, recebe em M a mensagem bruta do desejo da mãe, ao passo que, abaixo, no nível

metonímico em relação ao que a mãe diz, efetua-se sua identificação com o objeto dela (*Ibid.*, p. 208).

É necessário compreender que esse primeiro tempo do Édipo se organiza em duas dimensões, passíveis de serem vistas na Figura 3: Há um nível em que a criança recebe em M a mensagem da mãe enquanto Outro, ou seja, aquele em que o remetimento da criança à mãe torna-se possível na medida em que a mãe ocupa um lugar Outro. E há, ainda, uma segunda dimensão, onde opera uma identificação entre a criança e o objeto de desejo da mãe, ou seja, a criança enquanto o próprio objeto de desejo.

É preciso observar que, nesse primeiro momento, o pai aparece apenas velado - a partir do discurso da mãe (Lacan, 1957-58/1998, p. 209). A palavra paterna enquanto lei incide sobre a mãe e é dessa forma que é transmitida a criança, no limite desse primeiro tempo.

Já no segundo tempo do Édipo Lacan (1957-58/1998) evidencia o fato da incidência do pai, enquanto lei, poder atuar sobre a criança de forma menos velada através do discurso da mãe, que é quem media a incidência do pai. Desta maneira, é por estar colada ao desejo da mãe que a criança é capaz de se subordinar ao interdito paterno, desta vez de maneira um pouco menos indireta. Na busca pelo desejo da mãe, a criança se depara, portanto, com o Outro do Outro, o que a leva a lei do pai, ainda que aqui essa lei esteja concebida imaginariamente enquanto proibidora da mãe. Nas palavras de Lacan (1957-58/1998):

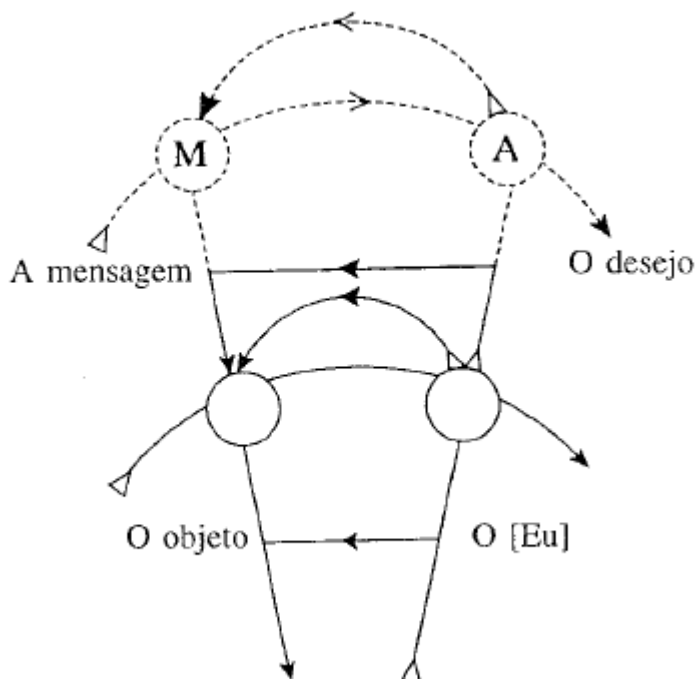
A estreita ligação desse remeter a mãe a uma lei que não é dela, mas a de um Outro, com o fato de o objeto de seu desejo ser soberanamente possuído, na realidade, por esse mesmo Outro a cuja lei ela remete, fornece a chave da relação do Édipo. O que constitui seu caráter decisivo deve ser isolado como relação não com o pai, mas com a palavra do pai (*Ibid.*, p. 199).

De todo modo, o retorno da interdição pela lei paterna, nesse segundo tempo, afirma a ideia de o pai operar enquanto figura simbólica, através de seu nome, de sua palavra, atuando e operando sua lei na fala da mãe.

Um ponto importante de salientar concernente ao segundo tempo é que na medida em que a criança assume o lugar do objeto de desejo da mãe, ela acaba por se colocar aí como assujeito. Desta maneira, o segundo tempo do Édipo é marcado por esse assujeitamento da criança ao desejo da mãe, sendo a criança como um não-sujeito, por estar apensa ao desejo da mãe, ao passo em que busca ser o próprio objeto de desejo. É o que Lacan (1957-58/1998) chamou de identificação primitiva e consiste: “[...] na troca que faz o [Eu] do sujeito surgir no lugar da mãe como Outro, enquanto o [Eu] da mãe transforma-se no Outro dele” (*Ibid.*, p. 209).

Ainda no segundo tempo do Édipo, o pai, enquanto aquele que interdita surge como mediador do discurso materno, em outras palavras, a fala paterna atua efetivamente no discurso da mãe. A Figura 4 auxilia-nos a visualizar melhor a intervenção paterna nesse segundo momento do Édipo.

Figura 4 - A intervenção paterna no segundo tempo do Édipo



Fonte: Lacan (1957-58/1998), p. 209.

O pai está em M, incidindo enquanto mensagem para a mãe. É importante salientar que o que aparece no grafo enquanto linha pontilhada – o para-além do desejo da mãe – passa a ganhar forma. Tal mensagem trata-se de uma proibição, que chega, através da mãe, na criança enquanto resposta da mãe à criança. Esse processo

configura uma forma particular de mensagem sobre uma mensagem: a mensagem de proibição. Conforme apontado no grafo, a proibição chega em A, onde o pai emerge enquanto Outro, abalando a posição de assujeitamento da criança diante da mãe. Ou seja, conforme Lacan (1957-58/1998): “[...] é na medida em que objeto do desejo da mãe é tocado pela proibição paterna que o círculo não se fecha completamente em torno da criança e ela não se torna, pura e simplesmente, objeto do desejo da mãe” (*Ibid.*, p. 210).

Nessa segunda fase, chamada por Lacan (1957-58/1998) de “[...] momento privativo do complexo de Édipo” (*Ibid.*, p. 210), é a interdição paterna que fornece à criança condições de tornar-se sujeito e então ser inserida na dimensão simbólica do discurso. A função paterna concerne, não obstante, na garantia de um lugar alternativo ao sujeito, operação de extrema importância para a constituição subjetiva da criança.

No terceiro tempo do Édipo, o pai surge e atua enquanto o possuidor do falo, o que permite a saída da criança do complexo de Édipo. Aqui o pai opera enquanto real e potente. Como afirma Lacan (1957-58/1998): “É por intervir como aquele que tem o falo que o pai é internalizado no sujeito como Ideal do eu, e que, a partir daí, não nos esqueçamos, o complexo de Édipo declina” (*Ibid.*, p. 201). Isso implica que metáfora paterna operou sua função de metáfora, levando a instituição de algo da ordem do significante, no qual a significação se desenvolverá.

São essas três fases do Édipo que garantem ao menino o direito de reconhecer a existência de seu próprio falo, de ser homem. No caso das meninas, não é preciso que haja a identificação com a figura viril do pai, que o falo seja localizado nelas e que guardem a posição masculina para o decorrer de seu desenvolvimento. Nas palavras de Lacan (1957-58/1998): “Ela, a mulher, sabe onde ele está, sabe onde deve ir buscá-lo, o que é do lado do pai e vai em direção àquele que o tem” (*Ibid.*, p. 202).

É, ademais, na terceira etapa do Édipo que o discurso paterno emerge como sendo próprio do pai, não necessitando atravessar a mãe para chegar até a criança. Ao invés disso, o Nome-do-Pai é aquilo que permite e autoriza o discurso da mãe. E

isso porque – é neste terceiro tempo que surge o pai enquanto o possuidor do falo, aquele que garante a criança que ela terá acesso posterior ao falo. Essa fase que configura o declínio do Édipo permite ao menino a possibilidade de ser, futuramente, alguém semelhante ao seu pai, possuir um pênis, assim como ele, o que Lacan (1957-58/1998) chamou de “o título de posse no bolso” (*Ibid.*, p. 212).

Como podemos ver, a função do Nome-do-Pai está apensa à ideia da constituição de um sujeito capaz de existir no simbólico e circular pelo laço social. O que nos instiga, não obstante, são os efeitos da constituição estrutural dos psicóticos, que, a partir do trabalho com os textos de Lacan, podemos afirmar que está associada à forclusão do Nome-do-Pai. Dito de outra maneira, a não operação da metáfora paterna na dialética da constituição do sujeito está relacionada à psicose e isso não é sem consequências.

O pai enquanto função simbólica – Nome-do-Pai – entre o código e a mensagem, na psicose é *Verworfen*, não havendo a dimensão paterna simbólica enquanto lei e contando com uma mensagem fonte de um código que se encontra para além da mãe. A importância da intervenção do discurso paterno na dinâmica da constituição do sujeito é evidenciada, mais uma vez, quando Lacan aponta que (1957-58/1998):

É nisso que se resume a intervenção do discurso paterno quando é abolido desde a origem, quando nunca é integrado na vida do sujeito, aquilo que produz a coerência do discurso, a saber, a autossanção mediante a qual, havendo concluído seu discurso, o pai retorna a ele e o sanciona como lei (*Ibid.*, p. 212).

O que nos faz deparar mais uma vez com o fato da psicose se situar na ausência do discurso paterno enquanto lei. Diante de um Nome-do-Pai inoperante, estabelece-se uma relação complexa entre mensagem e código, dando margem a formação de alucinações (*Ibid.*, p. 212). Dito de outra maneira, a psicose é o que ocorre quando o pai não intervém efetivamente, não somente enquanto “potente e real”, mas antes, não intervém na palavra da mãe, na relação materna, incidindo enquanto limite ao “desejo devorador” da mãe em direção ao seu objeto fálico por excelência.

4.3 Um retorno ao caso Schreber a partir do ensino lacaniano

Tendo já realizado a leitura do caso Schreber a partir dos elementos conceituais propostos por Freud, propomos, agora, um breve retorno ao caso, no intuito de delimitar as consequências da delimitação estrutural das psicoses, realizada por Lacan, para o tratamento oferecido pelas novas institucionalidades da reforma psiquiátrica brasileira.

Como já vimos, as elaborações feitas por Schreber através de seu delírio, que culminaram na escrita de um livro, possibilitaram-lhe a retomada da sua vida e dos laços sociais, após grande período curatelado. Através de uma saída que não podemos deixar de entender enquanto singular (Tenório, 2001), Schreber tem na escrita (na medida em que ela é concomitante ao trabalho do delírio) aquilo que lhe permite a sustentação de uma realidade possível. Isso não significa que ocorrerá em todos os casos, uma vez que, para cada sujeito psicótico, o que poderá operar como suplência do significante faltoso é uma resposta singular, a ser dada a cada vez.

Em sua segunda grande internação, Schreber teve o delírio de que o mundo havia acabado e de que ele era o único ser que havia restado para cumprir sua missão. Na tentativa de situar sua formação delirante, diz que os homens que vira na instituição em que estava consistiam em “homens improvisados”. Ao sair da, na impossibilidade de comprovar a realidade de sua elaboração sobre o fim do mundo, o paciente admitiu que o enredo de seu próprio delírio não podia ser sustentado pela realidade. Entretanto, na tentativa de dar conta do material delirante produzido, admite a possibilidade da alteração que previra para o mundo, tratar-se de algo mais “profundo e interno”. Como diz Freud, “Ele não podia duvidar que o mundo acabara durante a sua doença, e o que via então já não era o mesmo mundo!” (Freud, 1911/2010, pág. 60). Schreber encontra, em seu próprio delírio, maneiras de se reinventar, existir e lidar com ideias que o invadem e impõe-lhe uma realidade:

E o paranoico o reconstrói, não mais esplêndido, é certo, mas ao menos de forma a nele poder viver. Ele o constrói mediante o trabalho de seu delírio. O que consideramos produto da doença, a formação delirante, é na realidade tentativa de cura, reconstrução (*ibid.*, pág. 61).

Tenório (2001), inspirado em Freud e em sua produção acerca do caso Schreber, nos aponta o delírio como o caminho percorrido pelo psicótico na tentativa de restabelecer uma realidade própria e possível para viver nela, atuando numa direção que podemos nomear de “cura”. A partir de tal premissa e de um posicionamento de respeito e atenção à palavra do sujeito, pode-se dizer que Freud inaugurou a clínica psicanalítica da psicose, possibilitando-a e justificando-a, ainda que não tenha tido uma prática clínica com os psicóticos nem a clareza das diferenças na constituição estrutural da psicose.

A forclusão do Nome-do-Pai não é sem efeitos para o sujeito, sendo o que responde estruturalmente pela presença das experiências invasivas, como por exemplo, as alucinações. O delírio, nesses casos, atua no sentido de articular, da forma que lhe é possível. “O trabalho da psicanálise consiste em, diante de fenômenos da psicose, oferecer-lhes uma escuta clínica através da qual eles possam se tornar discurso, inscrição, obra de sujeito” (Sbano *apud* Tenório, 2001, pág. 151), dando-lhes a possibilidade da criação de uma lógica interna subjetiva.

O sucesso terapêutico em um caso de psicose, como nos recorda Tenório (2001), pode ser visto de vários ângulos. Duas das principais formas de “estabilização de quadro” suscitam-nos questionamentos: o sucesso psicossocial e a produção de um discurso enquanto criação de um sujeito”.

É preciso considerar que o sujeito ao qual a Reforma Psiquiátrica se refere é aquele que alcança determinado êxito social, aquele que é usufrui o direito à cidadania ao ser incluído no laço social. No que tange ao olhar psicanalítico do sujeito, o retorno ao laço social é mais uma consequência do que uma finalidade do trabalho com a psicose, já que o principal intuito é a produção de uma operação simbólica diante do qual o psicótico possa existir e emergir enquanto sujeito na linguagem. Ou seja, trata-se de oferecer as condições a partir das quais os fenômenos psicóticos sejam balizados pelo campo simbólico.

4.4 Um lugar para o sujeito nas novas institucionalidades da reforma psiquiátrica

Tendo balizado a função do Nome-do-Pai na constituição do sujeito e compreendido como a ausência de tal significante está relacionada com a estrutura psicótica, cabe-nos questionar: quais são as consequências da delimitação estrutural das psicoses para uma instituição que tenha a função de tratá-las?

A atuação psicanalítica em instituições coletivas se abre a partir de Lacan, tendo em vista que antes de sua conceituação a psicanálise se restringia à clínica individual. Diversos psicanalistas lacanianos se dedicaram a afirmar a eficácia analítica também nos espaços extra-consultório e trabalhos como os de Fernando Tenório (2001) e Doris Rinaldi (2005) retratam a prática e buscam elaborar a atuação do psicanalista, principalmente no contexto das instituições de saúde mental, que corroboram com a temática deste estudo.

Perguntamos, então, em consonância com Rinaldi (2005), qual a clínica possível no campo atual da saúde mental? De saída, esbarramos em um impasse, tendo em vista que é possível partir de duas vertentes para pensar os usuários da saúde mental, enquanto cidadão de direito e enquanto sujeito - como proposto pela psicanálise (*ibid.*, p. 89).

Rinaldi (2005) chamou de dicotomia clínica x política, que se desdobrara em sujeito x cidadão, e é no discurso da Reforma Psiquiátrica que a dimensão política ganha força, afinal, o que era ofertado pela psiquiatria clássica com o nome de terapêutica – e carecia de ser imediatamente combatido - correspondia à anulação social dos indivíduos (*ibid.*, p. 90). A negação ao que estava associado às instituições, respaldado pelo discurso da Desinstitucionalização Italiana, corroborou para uma negação da dimensão clínica pelos novos dispositivos de atenção à saúde mental (*ibid.*, p. 90-91).

Tenório (2001) fala ainda de uma forma possível de clínica nas instituições, a Clínica Ampliada. Tal ideia de clínica faz-se contrária a atuação clínica manicomial, centrada na eliminação dos sintomas e diferencia-se ainda da clínica psicanalítica. A Clínica

Ampliada busca considerar os aspectos multidimensionais da vida do paciente psiquiátrico, centrando-se nas questões sociais, podendo ser aproximada da ideia de uma clínica da cidadania.

Sendo o cidadão de direito diferente do sujeito proposto pela psicanálise - o sujeito do inconsciente, do simbólico -, somos levados a mais um questionamento capital: é possível que uma instituição voltada à garantia de direitos, considere a existência do sujeito da psicanálise, levando em consideração as implicações simbólicas de uma estrutura tão singular quanto a psicótica?

O dispositivo central de atenção à saúde mental pós-reformista, como já mencionado nos capítulos anteriores, é o CAPS. Conhecer sua forma de funcionamento e os profissionais que compõem sua equipe é de central importância para refletir acerca de tal questão, tendo em vista que as atividades são na maioria das vezes coletivas e a equipe conta com profissionais de diversas áreas, como assistentes sociais, pedagogos, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais e psicólogos, psicanalistas ou não. Considerar a dimensão clínica do sujeito sob o viés psicanalítico diante dessa diversidade de fatores consiste em um desafio, como nos apontam Tenório (2001) e Rinaldi (2005).

Para Tenório (2001), o que possibilita, no entanto, a emergência da dimensão do sujeito é sustentação de um lugar particular para o trabalho do próprio sujeito (*ibid.*, p. 84). No entanto, o que significa a garantia de um espaço para o trabalho do próprio sujeito?

Tendo em vista que a psicose consiste em uma não-inscrição de um significante primordial – o significante paterno –, e, levando em consideração a principal apreensão realizada por Freud em seu trabalho com a obra de Schreber (1911/2010), é possível afirmar que o delírio atua no sentido de amenizar a falta desse significante, quando estabelece significações diferentes na tentativa de adequar o sujeito, que está na linguagem de outra maneira em relação ao neurótico, à realidade que o circunda. Nesse sentido, o tratamento seria um trabalho inerente ao próprio sujeito em compensar a falta de que padece. Uma maneira de auxiliar sujeitos diante da psicose é favorecer/possibilitar/permitir o surgimento de algo que

possa fazer ocupar o lugar do significante faltoso, a partir das indicações que só o sujeito pode dar e que, às vezes, pode ocorrer pela via do delírio (TENÓRIO, 2001, p. 84-85).

Tenório (2001) fala da psicose como uma questão de existência, não se prestando à noção de cura – herdada da lógica manicomial - que carece de mais cuidados do que uma relação analista-paciente em um consultório *strictus sensus* pode oferecer, positivando a existência de instituições que considerem os aspectos políticos da vida dos sujeitos, ao passo que haja espaço para as questões da ordem clínica (*ibid.*, p. 72).

Rinaldi (2005) traz recortes de entrevistas realizadas com funcionários de CAPS de diversas profissões e em grande parte desses relatos o termo *sujeito* é usado enquanto sinônimo de indivíduo, algumas vezes aparece relacionado à ideia de cidadão de direitos, outras não. A associação que tais entrevistados fazem com o termo sujeito, em muitos casos, corresponde à conduta que adotam ao abordar e trabalhar com os usuários do serviço onde atuam (*ibid.*, p. 92-93).

Rinaldi (2005) ainda chama atenção para o relato de um psicanalista em sua pesquisa, que afirma que o advento do sujeito nas instituições está relacionado à escuta, mas não qualquer escuta, e sim uma cuidadosa, que considere os aspectos subjetivos e que seja sensível à forma particular com que cada sujeito pode se manifestar. Nas palavras de Rinaldi (2005):

A escuta é um instrumento fundamental para fazer advir esse sujeito, que “não é uma coisa tão óbvia”, surgindo nos fenômenos da linguagem, nas descontinuidades e interstícios do discurso e na maneira particular como esse discurso se articula para cada um. O sujeito, portanto, não é alheio aos fenômenos psicopatológicos que o acometem, uma vez que esses fenômenos são também eventos de linguagem. Seja no sintoma, no caso da neurose, seja no delírio e nas manifestações alucinatórias, no caso da psicose, é nessas formações que devemos escutar a verdade do sujeito, mesmo quando ela não pode ser reconhecida como tal. Não se trata, contudo, de qualquer escuta e muito menos de uma escuta compreensiva subordinada à perspectiva do cuidado e preocupada com as questões do sentido, que muitas vezes recai em uma prática moral educativa, mas sim a escuta da articulação significante inconsciente, na qual o sujeito se produz. Acolher a fala do psicótico e oferecer um lugar de escuta a isso que para nós parece excessivo e sem sentido é a via privilegiada pela psicanálise na clínica da psicose, uma vez que ela abre possibilidades de produção de sujeito (*ibid.*, p. 94).

Rinaldi (2005) traz à baila a ideia de uma escutada cuidadosa, que considere a fala, a princípio desconexa, e a manifestação delirante como formas que o sujeito psicótico encontrou de advir na linguagem. Como já mencionado, a conduta de boa parte dos profissionais dos serviços de saúde mental não corresponde com o relato acima, tendo em vista que há um esforço em sanar as manifestações delirantes, bem como silenciar tudo o que é considerado excessivo e sem sentido (*ibid.*, p. 94-95).

É preciso, no entanto, distinguir essa escuta cuidadosa, que Rinaldi (2005) traz como instrumento possível de trabalho com a psicose, de uma escuta passiva. Lacan (1955-56/1981) falava sobre o analista ser secretário do alienado e Tenório (2001) escreveu: “[...] a escuta analítica consiste em fazer o sujeito escutar o que ele mesmo diz e criar condições para que possa criar consequências disso” (*ibid.*, p. 80-81). É preciso, portanto, tirar consequências do que o psicótico manifesta, do que ele fala. É apenas o paciente que pode indicar o caminho para um estado que lhe seja subjetivamente mais confortável e possível e, para tal, é preciso que haja alguém que o escute, que faça eco às suas palavras e assuma a responsabilidade pelos encaminhamentos necessários.

Para a psicanálise, o desenvolvimento de autonomia e demais características de adequação social são secundárias, mas não menos importantes e tendem a vir enquanto consequência do oferecimento de um lugar para o advento do sujeito (Tenório, 2001). Um estado de inadequação social pode ser tão prejudicial quanto o sofrimento psíquico e, concordando com Rinaldi (2005), podem atuar como agravadores e até mesmo como causadores do sofrimento psíquico.

Diferente do trabalho no consultório, o trabalho da psicanálise em instituições deve cumprir a papel social de responder a determinados casos, acolhendo-os e colocando-os sob proteção, não podendo se dedicar única e exclusivamente as demandas clínicas. Rinaldi (2005) ainda chama atenção para o fato da tensão entre as abordagens social e clínica nas instituições de saúde mental ser algo permanente, assim como a dicotomia / separação entre o sujeito da psicanálise e o cidadão. No entanto, tal recorte cumpre um papel na medida em que garante que

tais instituições não decaiam, por exemplo, em pura atuação assistencialista, (*ibid.*, 104) ou que se abandone a dimensão social, reduzindo novamente esses sujeitos/cidadãos aos seus sintomas.

Tendo em vista tal percurso, é possível afirmar que instituições responsáveis por garantir e promover cidadania são capazes de permitir o advento do sujeito na psicose, à medida que considerem o que está em jogo na psicose, ou seja, os elementos clínicos que garantam o trabalho do sujeito, um espaço para uma escuta cuidadosa que possibilite o trabalho de suplência do significante paterno faltoso.

5. CONCLUSÃO

A partir do trabalho de Freud com a psicanálise é lançado um novo olhar sobre as questões psíquicas. O contato com as histéricas forneceu a Freud elementos para localizar pontos comuns nas manifestações emocionais em todos os sujeitos. Portanto, foi no trabalho de Freud que buscamos delinear, em um primeiro momento, o que também a psicanálise compreende enquanto psicose e, a partir de então, localizar em sua obra sinais de como agenciar a psicose nos dispositivos de atenção à saúde mental.

Desde o primeiro suspiro da psicanálise, Freud buscou delinear o problema clínico e conceitual da psicose. Localizada por Freud (1895/1986) inicialmente sob a forma de paranoia, a psicose se aproximava da neurose por estar associada a conflitos de ordem afetiva e enquanto defesa psíquica. Possuindo etiologia sexual, Freud (1897/1986) concebeu, em um primeiro momento, a paranoia como um quadro mutável e evolutivo da neurose.

É, no entanto, com o caso Schreber que Freud avança na teorização da psicose em sua obra. Freud (1911/2010) associa o desejo homossexual à formação da psicose, localizando na relação de Schreber com seu médico - e posteriormente com desejo - uma relação que inclui um desejo sexual latente. Ao encontrar na formação delirante um esforço inerente ao próprio sujeito em produzir uma realidade possível é que Freud realiza um significativo avanço no tratamento das psicoses.

Freud (1914/2010) aponta ainda para uma importante relação entre o Eu, a libido e o mundo externo. Para ele, a psicose seria uma perda de investimento da libido no mundo externo, favorecendo a criação de uma realidade alternativa fantasiosa. É dessa maneira que Freud justifica as formações delirantes e aponta esse esforço em realocar a libido como o trabalho do delírio na busca por “cura” (*ibid.*, pág. 21).

Em um segundo momento dessa dissertação, foi possível conceber que as respostas sociais dadas à loucura no decorrer dos séculos deixaram marcas que superaram os espaços físicos. Ao ser reconhecida enquanto doença da mente, a loucura deixa de habitar antigos leprosários e ocupa os nascentes hospitais

psiquiátricos, no entanto, com influências cartesianas, o louco permanece em uma posição de subjugação, sendo moralmente culpabilizado pelo seu quadro; ao passo em que é submetido a terapêuticas pouco eficazes, como o isolamento e, posteriormente, a medicalização excessiva.

Foi somente a partir de movimentos reformistas, como a Psicoterapia Institucional Francesa e pela Desinstitucionalização Italiana, que os lugares sociais aos quais a loucura era destinada puderam ser questionados. Novas instituições então foram propostas e a ideia de dar conta dos diversos aspectos da vida conturbada do louco é que garantiu aos CAPS o estatuto de lugar mais apropriado para acolher e amparar a loucura.

Nesse contexto, são os CAPS que passam a ofertar aos pacientes psiquiátricos, espaços e atividades com finalidades terapêuticas e de integração social. Ainda que diante de uma estrutura física/legislativa capaz de superar os moldes manicomiais de tratamento, não obstante, a experiência nos permite ver que é preciso mais do que prédios e leis para garantir a efetividade de um acompanhamento à loucura não manicomial (CAVALCANTI, 1992; DESVIAT, 1992; TENÓRIO 2001).

Tenório (2001) chama a atenção para o fato de, como nos assinalou Freud, ser possível acessar o sujeito na psicose a partir de suas manifestações sintomáticas. Sendo a psicose marcada por uma falta, Tenório (2001) sugere a importância de se ofertar, nos dispositivos voltados ao cuidado com a psicose, algo que possa dar lugar à forclusão, trabalhar a partir dela, manejá-la, operá-la, ou ao menos acolher esse estado de falta inerente à psicose.

Diante de tal trabalho, algumas questões ainda se colocam. Se nossa aposta com a psicanálise é que pela palavra se fornece um lugar simbólico ao sujeito, resta-nos perguntar se há sinais da fundação deste lugar na função institucional do CAPS. De outro modo, em uma instituição como o CAPS, existem as condições para que o sujeito advenha através da palavra? Será que os CAPS, mesmo diante da possibilidade de manicomialização das práticas, são capazes de garantir a efetividade de um trabalho que permita ao sujeito ter um lugar?

Lacan (1957-58/1998/1998) nos aponta que os delírios psicóticos consistem na invasão de um campo não domesticado pela estrutura psicótica, o campo do real, que atinge o psicótico em seus sentidos, levando-o a alucinações. Segundo Tenório, “o trabalho da psicanálise consiste em, diante de fenômenos da psicose, oferecer-lhes uma escuta clínica através da qual eles possam se tornar discurso, inscrição, obra de sujeito” (TENÓRIO, 2001, pág. 151), dando-lhes a possibilidade da criação de uma lógica interna subjetiva.

Rinaldi (2005) nos atenta, assim como Tenório (2001) para a eficácia de uma escuta crítica, ativa. Não se trata simplesmente de ser interlocutor dos devaneios psicóticos. Lacan usa o termo “secretário do alienado” e Tenório (2001) aponta que na escuta analítica é preciso que o sujeito se escute e possa tirar consequências do que diz (*ibid.*, p. 80-81). Apenas o paciente é capaz de apontar o caminho para seu trabalho subjetivo, sendo de extrema importância um interlocutor capaz de, para além de escutar, fazer eco e encaminhar o tratamento da melhor maneira.

Como vimos, as elaborações feitas por Schreber em torno de seu delírio, que culminaram na escrita de um livro, possibilitaram-lhe a retomada da sua vida e dos laços sociais, após grande período curatelado. Tenório (2001) nos alerta, entretanto, para o fato do funcionamento de cada psicótico ser singular: para Schreber, a escrita cumpriu o papel de auxiliá-lo numa criação de uma realidade possível, em alguns psicóticos, a arte também pode ocupar essa função.

O sucesso terapêutico em um caso de psicose, como nos recorda Tenório (2001), pode ser visto de vários ângulos. Podemos, por exemplo, considerar que a “estabilização do quadro” é obtida quando o indivíduo alcança determinado êxito social, adequando-se (ainda que de forma parcial) à norma vigente, participando de grupos, circulando em espaços públicos e às vezes, até mesmo, trabalhando. Desse ponto de vista, a estabilização é alcançada quando o louco leva a vida de uma forma mais próxima possível do normal. No que tange à visada psicanalítica do sujeito, o retorno aos laços sociais é mais uma consequência do que uma finalidade do trabalho com a psicose, já que o principal intuito do tratamento é a produção de uma operação simbólica diante da qual o psicótico possa existir e emergir enquanto sujeito.

Chegamos ao final desta dissertação podendo afirmar que a direção de trabalho da psicanálise e da reforma psiquiátrica em relação ao psicótico não é estritamente a mesma. Tornou-se evidente que ambas possuem uma função imprescindível para que o sujeito psicótico possa bem conduzir a sua vida, principalmente se levarmos em consideração as particularidades da psicose e a necessidade que um espaço voltado ao seu acompanhamento se difira de instituições de cunho puramente social ou voltada à atenção apenas em saúde. Como nos indica Rinaldi (2005), a tensão existente entre esses campos de trabalho possui uma função positiva, que é não permitir que se sucumba a um dos lados, ao passo em que sustente um lugar que possa alcançar a psicose em seus aspectos diversos e peculiares.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P; ROTELLI, F. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: **Psiquiatria Sem Hospício**. Rio de Janeiro: Dumará. 1992. p. 41-55.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção.
- BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2005. Disponível em: www.saude.gov.br/saudemental. Acesso em: 18 de Fevereiro de 2017.
- CAVALCANTI, M. T. **O Tear das Cinzas: Um estudo sobre as relações entre Psicose e Instituição Psiquiátrica**. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.
- CAVALCANTI, M. T.; SERPA JR, O.; VERTZMAN, J. Psicoterapia Institucional: uma revisão. In: **Psiquiatria Sem Hospício**. Rio de Janeiro: Dumará. 1992. p. 17-30.
- DESVIAT, M. Dificuldades e Erros da Reforma Psiquiátrica. In: **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1999. P. 75-98.
- FERNANDES E ROCHA (2007) Notas sobre a relação entre psicanálise, psiquiatria e reforma psiquiátrica no Brasil. In **Revista Tempo Freudiano n 8 - A operação significativa: o nome, a imagem e o objeto**. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano.
- FOUCAULT, M. (1961). **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva. 1978.
- FREUD, S. (1887-1902). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, vol. I, 1986.
- _____. (1893-1898). As neuropsicoses de defesa. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, vol. III 1996.
- _____. (1911) Observações Psicanalíticas Sobre um Caso de Paranoia (Dementia Paranoides). Relatado em Autobiografia ("O Caso Schreber"). In **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, vol. X, 2010.
- _____. (1914) Introdução ao Narcisismo. Tradução Paulo César de Souza. In **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, vol. XII, 2010.
- _____. (1915[1917]) Luto e Melancolia. Tradução Paulo César de Souza. In **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, vol. XII, 2010.
- _____. (1918[1914]) História de Uma Neurose Infantil ("O Homem dos Lobos"). Tradução Paulo César de Souza. In **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, vol. XIV, 2010.

- _____. (1924) Neurose e Psicose. Paulo César de Souza. In **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, vol. XVI, 2010.
- _____. (1924[2]) A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose. Tradução Paulo César de Souza. In **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, vol. XVI, 2010.
- GUTMAN, G.; VERTZMAN, J. A clínica dos espaços coletivos e as psicoses. In: **Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos**. Rio de Janeiro: Edições IPUB - CUCA, 2001. p. 39-81.
- LACAN, J. (1955-56). **O Seminário, Livro 3: As Psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.
- _____. (1957-58). **O Seminário, Livro 5: As formações do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. Desintitucionalização, uma outra via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec. 1990. p. 17-59.
- PASSOS, I. F. Duas Versões Históricas para a Psicoterapia Institucional. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis. 2012. V.4, n.9, p. 21-32.
- RILNALDI, D. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2005. p. 87-106.
- TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2001.